

**Pratiques optimales d'évaluation de la dysphagie pour la clientèle hospitalisée**

**Rapport d'évaluation 07-15**

Unité d'évaluation des technologies  
Et des modes d'intervention en santé  
(UETMIS)

Novembre 2015



## **Pratiques optimales d'évaluation de la dysphagie pour la clientèle hospitalisée**

Rapport d'évaluation

07-15

préparé par

Geneviève Asselin, M.Sc., M.B.A

Brigitte Larocque, M.A.

Marc-André Pellerin, erg., M.Sc.

Martin Coulombe, M.Sc., M.A.P.

Marc Rhains, M.D., M.Sc., FRCPC

UETMIS, CHU de Québec – Université Laval

Novembre 2015

Direction de l'évaluation, de la qualité, de l'éthique, de la planification et des affaires juridiques

[www.chuq.qc.ca/fr/evaluation](http://www.chuq.qc.ca/fr/evaluation)

Le contenu de cette publication a été rédigé et édité par l'Unité d'évaluation des technologies et des modes d'intervention en santé (UETMIS) du CHU de Québec – Université Laval.

#### COORDINATION

Dr Marc Rhainds, cogestionnaire médical et scientifique, UETMIS  
M. Martin Coulombe, adjoint au directeur – module Évaluation et expérience patient, Direction de l'évaluation, de la qualité, de l'éthique, de la planification et des affaires juridiques (DEQEPAJ)

#### SECRÉTARIAT ET MISE EN PAGE

Mme Francine Daudelin, technicienne en administration, module Évaluation et expérience patient, DEQEPAJ

Pour se renseigner sur cette publication ou toute autre activité de l'UETMIS, s'adresser à :

Unité d'évaluation des technologies et des modes d'intervention en santé  
Hôpital Saint-François d'Assise du CHU de Québec – Université Laval  
10, rue de l'Espinay  
Québec (Québec) G1L 3L5  
Téléphone : 418 525-4444 poste 54682  
Courriel : [francine.daudelin@chuq.qc.ca](mailto:francine.daudelin@chuq.qc.ca)

Comment citer ce document :

Unité d'évaluation des technologies et des modes d'intervention en santé (UETMIS) du CHU de Québec – Université Laval. Pratiques optimales d'évaluation de la dysphagie pour la clientèle hospitalisée – Rapport d'évaluation préparé par Geneviève Asselin, Brigitte Larocque, Marc-André Pellerin, Martin Coulombe et Marc Rhainds (UETMIS 07-15) Québec, novembre 2015, XIII-49 p.

Dans ce document, l'emploi du masculin pour désigner des personnes n'a d'autres fins que celle d'alléger le texte.

Les photos et images utilisées dans ce document sont libres de droits d'auteur.

Copyright © 2015 UETMIS - CHU de Québec – Université Laval.

La reproduction totale ou partielle de ce document est autorisée à des fins non commerciales, à condition que la source soit mentionnée.

## REMERCIEMENTS

---

L'Unité d'évaluation des technologies et des modes d'intervention en santé (UETMIS) du CHU de Québec – Université Laval remercie les personnes qui ont collaboré à la préparation de ce rapport d'évaluation en apportant leur expertise et leur point de vue.

### LES MEMBRES DU GROUPE DE TRAVAIL

M<sup>me</sup> Josée Allaire, orthophoniste, CHUL

M<sup>me</sup> Catherine Balg, infirmière, conseillère en soins spécialisés en neurosciences, HEJ

M<sup>me</sup> Geneviève Bédard, ergothérapeute, HEJ

M<sup>me</sup> Marie-Claude Brodeur, ergothérapeute, adjointe à la Direction des services multidisciplinaires, HSFA

M<sup>me</sup> Nancy D'anjou, nutritionniste, HEJ

M<sup>me</sup> Édith Dufour, nutritionniste, L'HDQ

M<sup>me</sup> Caroline Gauthier, orthophoniste, HEJ

M. Mario Regnière, physiothérapeute, adjoint à la Direction des services multidisciplinaires, HEJ

### AUTRES COLLABORATEURS

M<sup>me</sup> Annie Baillargeon-Blais, orthophoniste, CHUS Fleurimont/Hôtel-Dieu

M<sup>me</sup> Sophie Bergeron, ergothérapeute, chef du service d'ergothérapie, CHUM

M<sup>me</sup> Marthynne Brazeau, audiologiste, chef du service d'audiologie et d'orthophonie, CHUM

M<sup>me</sup> Madeleine Fortier, ergothérapeute, coordonnatrice professionnelle en ergothérapie, HSS

Dr Simon Gagnon, oto-rhino-laryngologiste, HEJ

D<sup>re</sup> Dominique Giroux, radiologiste, L'HDQ

M. Bernard Guérin, ergothérapeute, chef de service réadaptation, IUCPQ

M<sup>me</sup> Caroline Loranger, directrice adjointe, volet Qualité et évolution de la pratique, DSM, CHUM

M<sup>me</sup> Véronique Ouellet-Dompierre, nutritionniste, chef du service de nutrition clinique, CHUM

M. Michel Sanscartier, nutritionniste, coordonnateur nutrition clinique, IUGM

M<sup>me</sup> Marie-Frédérique St-Pierre Boucher, orthophoniste, HSFA

### FINANCEMENT

Ce projet a été financé à même le budget de fonctionnement de l'UETMIS.

## AVANT-PROPOS

---

L'UETMIS du CHU de Québec – Université Laval a pour mission de soutenir et de conseiller les décideurs (gestionnaires, médecins et professionnels) dans la prise de décision relative à la meilleure allocation de ressources visant l'implantation d'une technologie ou d'un mode d'intervention en santé ou la révision d'une pratique existante.

### LE CONSEIL SCIENTIFIQUE DE L'UETMIS

Dr Stéphane Bergeron, directeur adjoint, Direction des services professionnels  
M<sup>me</sup> Katia Boivin, représentante du Conseil multidisciplinaire  
M<sup>me</sup> Christine Danjou, représentante de la Direction des soins infirmiers  
M. Robert J. Côté, représentant du Comité des usagers  
M<sup>me</sup> Marie-Pierre Gagnon, chercheure de l'Axe de Santé publique et pratiques optimales en santé  
D<sup>re</sup> Marie Gourdeau, microbiologiste-infectiologue, représentante du Programme de prévention et contrôle des infections  
M<sup>me</sup> Martine Lachance, directrice, Direction clientèle - Médecine  
D<sup>re</sup> Isabelle Marc, représentante du Conseil des médecins, dentistes et pharmaciens  
M. Luc Ménard, représentant du Conseil des infirmières et infirmiers  
M<sup>me</sup> Marie-Claude Michel, pharmacienne coordonnatrice du Programme de gestion thérapeutique des médicaments  
M<sup>me</sup> Michèle Ricard, adjointe au directeur, module Qualité, sécurité et gestion des risques, DEQEPAJ  
M<sup>me</sup> Karen Samson, représentante du Service-conseil en génie biomédical  
M. Stéphane Tremblay, adjoint à la directrice de la Direction des services multidisciplinaires

### L'ÉQUIPE DE L'UETMIS

M<sup>me</sup> Geneviève Asselin, agente de recherche  
M. Martin Bussièrès, agent de recherche  
M. Sylvain Bussièrès, agent de recherche  
M. Martin Coulombe, adjoint au directeur – module Évaluation et expérience patient, DEQEPAJ  
M<sup>me</sup> Francine Daudelin, technicienne en administration  
M<sup>me</sup> Brigitte Larocque, agente de recherche  
M. Sylvain L'Espérance, agent de recherche  
M. Marc-André Pellerin, ergothérapeute (jusqu'au 31 juillet 2015)  
Dr Marc Rhains, cogestionnaire médical et scientifique des activités d'ETMIS

Ce document présente les informations répertoriées au 26 août 2015 selon la méthodologie de recherche documentaire développée. Ces informations ne remplacent pas le jugement du clinicien. Elles ne constituent pas une approbation ou un désaveu du mode d'intervention ou de l'utilisation de la technologie en cause.

Ce document n'engage d'aucune façon la responsabilité du CHU de Québec – Université Laval, de son personnel et des professionnels à l'égard des informations transmises. En conséquence, les auteurs, le CHU de Québec – Université Laval, les membres du groupe de travail de même que les membres du Conseil scientifique de l'UETMIS ne pourront être tenus responsables en aucun cas de tout dommage de quelque nature que ce soit au regard de l'utilisation ou de l'interprétation de ces informations.

### DIVULGATION DE CONFLITS D'INTÉRÊTS

Aucun conflit d'intérêts n'a été rapporté.

## SOMMAIRE

---

En clinique, l'évaluation de la déglutition peut être réalisée de différentes façons afin d'apprécier le risque de dysphagie, incluant le dépistage au chevet du patient, l'évaluation clinique et l'évaluation à l'aide de méthodes instrumentales (vidéofluoroscopie, examen endoscopique). Dans le cadre de la révision de son offre de services, la Direction des services multidisciplinaires (DSM) du CHU de Québec – Université Laval a demandé à l'Unité d'évaluation des technologies et des modes d'intervention en santé (UETMIS) de déterminer quelles seraient les pratiques optimales à favoriser dans l'évaluation de la dysphagie.

Plusieurs des pratiques préconisées pour l'évaluation de la dysphagie font consensus entre les organisations qui ont élaboré des guides de pratique clinique, incluant la systématisation du dépistage de la dysphagie pour la clientèle ayant eu un accident vasculaire cérébral (AVC), l'utilisation d'outils de dépistage validés, l'emploi de méthodes normalisées pour la réalisation de l'évaluation clinique et la réalisation des évaluations instrumentales. Il n'existe pas de directive claire quant à la catégorie de professionnels à privilégier pour réaliser l'évaluation de la dysphagie. Toutefois, il semble faire consensus que des professionnels de la santé formés en dysphagie sont essentiels au bon déroulement de chacune des étapes de la trajectoire. Les résultats de l'enquête montrent que les pratiques déjà instaurées au CHU de Québec – Université Laval recourent en partie ces consensus sur l'évaluation de la dysphagie. Toutefois, des disparités dans la trajectoire de services sont présentes entre les hôpitaux notamment au regard des outils, des méthodes et des échelles de gravité utilisés. Ces différences de pratiques d'un hôpital à l'autre peuvent nuire à la comparaison des résultats lorsque les patients sont amenés à consulter dans les différents services.

En appréciant l'ensemble des données probantes, l'UETMIS recommande de mettre en place une procédure commune aux cinq hôpitaux du CHU de Québec – Université Laval pour le dépistage systématique de la dysphagie pour les patients ayant eu un AVC. L'UETMIS recommande également de procéder à la création d'un groupe de travail interdisciplinaire pour l'harmonisation des pratiques d'évaluation de la dysphagie au CHU de Québec – Université Laval. Les pratiques à cibler pour l'harmonisation ont trait notamment à la systématisation du dépistage de la dysphagie, aux outils, aux méthodes normalisées ou aux protocoles à utiliser, aux indications pour référer les patients hospitalisés à une évaluation clinique ou instrumentale et à la formation du personnel responsable de la prise en charge de la dysphagie.

## LISTE DES ABRÉVIATIONS ET SIGLES

---

AAO-HNSF	<i>American Academy of Otolaryngology-Head and Neck Surgery</i>
ACOA	Association canadienne des orthophonistes et audiologistes
ACR	<i>American College of Radiology</i>
AHA	<i>American Heart Association</i>
ASHA	<i>American Speech-Language-Hearing Association</i>
AVC	Accident vasculaire cérébral
CAG	<i>Canadian Association of Gastroenterology</i>
CASLPO	<i>College of audiologists and speech-language pathologists of Ontario</i>
CHUM	Centre hospitalier de l'Université de Montréal
CHUS	Centre hospitalier universitaire de Sherbrooke
DSM	Direction des services multidisciplinaires
ETMIS	Évaluation des technologies et des modes d'intervention en santé
FEES	<i>Flexible Endoscopic Evaluation of Swallowing</i>
FEEEST	<i>Flexible Endoscopic Evaluation of Swallowing with Sensory Testing</i>
HSFO	<i>Heart and Stroke Foundation of Ontario</i>
ICT	Ischémie cérébrale transitoire
IUCPQ	Institut universitaire de cardiologie et de pneumologie de Québec – Université Laval
IUGM	Institut universitaire de gériatrie de Montréal
MBSImP	<i>Modified Barium Swallow Impairment Profile</i>
NSF	<i>National Stroke Foundation</i>
ORL	<i>oto-rhino-laryngologiste / oto-rhino-laryngologie</i>
RCSLT	<i>Royal College of Speech and Language Therapists</i>
SIGN	<i>Scottish Intercollegiate Guidelines Network</i>
SSS	<i>Standardised Swallowing Screen</i>
STAND	<i>Screening Tool for Acute Neurological Dysphagia</i>
TCC	Traumatisme cranio-cérébral
TOR-BSST	<i>Toronto Bedside Swallowing Screening Test</i>
UETMIS	Unité d'évaluation des technologies et des modes d'intervention en santé
VA/DoD	<i>Department of Veterans Affairs and Department of Defense</i>



## TABLE DES MATIÈRES

---

REMERCIEMENTS.....	III
AVANT-PROPOS.....	IV
SOMMAIRE .....	V
LISTE DES ABRÉVIATIONS ET SIGLES.....	VI
TABLE DES MATIÈRES .....	VII
LISTE DES TABLEAUX.....	IX
LISTE DES FIGURES.....	IX
LISTE DES ANNEXES.....	IX
RÉSUMÉ.....	X
1. INTRODUCTION.....	1
2. QUESTIONS DÉCISIONNELLE ET D'ÉVALUATION.....	2
2.1 Question décisionnelle.....	2
2.2 Questions d'évaluation.....	2
3. MÉTHODOLOGIE D'ÉVALUATION.....	3
3.1 Recherche documentaire .....	3
3.1.1 Sélection et évaluation de l'éligibilité des publications .....	3
3.1.2 Évaluation de la qualité des publications et extraction des données .....	3
3.2 Description des pratiques .....	4
3.3 Contextualisation .....	4
3.4 Révision .....	4
4. INFORMATIONS GÉNÉRALES.....	5
4.1 La dysphagie.....	5
4.1.1 Évaluation de la dysphagie .....	5
5. RÉSULTATS.....	7
5.1 Résultats de la recherche documentaire portant sur les recommandations des principaux organismes.....	7
5.1.1 Appréciation de la qualité des guides de pratique.....	8
5.1.2 Synthèse des principales recommandations .....	9
5.2 Résultats de la recherche documentaire portant sur les modèles d'organisation.....	19
5.3 Résultats de l'enquête .....	20
5.3.1 Dépistage de la dysphagie .....	20
5.3.2 Évaluation clinique de la dysphagie .....	22
5.3.3 Évaluation instrumentale de la dysphagie .....	23
5.3.4 Concordance avec les pratiques recensées dans les guides de pratique .....	25
6. DISCUSSION.....	27
7. RECOMMANDATIONS.....	30

8. CONCLUSION .....	32
ANNEXES .....	33
RÉFÉRENCES .....	47

## LISTE DES TABLEAUX

---

TABLEAU 1. CRITÈRES D'ÉLIGIBILITÉ ET LIMITES .....	3
TABLEAU 2. LISTE D'ORGANISMES AYANT PUBLIÉ UN GUIDE DE PRATIQUE SUR LE DÉPISTAGE, L'ÉVALUATION CLINIQUE OU L'ÉVALUATION INSTRUMENTALE DE LA DYSPHAGIE .....	8
TABLEAU 3. RECOMMANDATIONS OU ÉLÉMENTS À CONSIDÉRER PORTANT SUR LE DÉPISTAGE DE LA DYSPHAGIE AUPRÈS DES PATIENTS POST-AVC SELON DIFFÉRENTES ORGANISATIONS .....	10
TABLEAU 4. RECOMMANDATIONS OU ÉLÉMENTS À CONSIDÉRER PORTANT SUR L'ÉVALUATION CLINIQUE DE LA DYSPHAGIE SELON DIFFÉRENTES ORGANISATIONS .....	12
TABLEAU 5. INDICATIONS ET CONTRE-INDICATIONS À RÉALISER UNE ÉVALUATION INSTRUMENTALE DE LA DYSPHAGIE.....	13
TABLEAU 6. INDICATIONS ET CONTRE-INDICATIONS DE LA VIDÉOFLUOROSCOPIE ET DE L'ENDOSCOPIE PAR FIBRE OPTIQUE .	14
TABLEAU 7. ÉLÉMENTS À CONSIDÉRER POUR LA RÉALISATION D'UNE VIDÉOFLUOROSCOPIE .....	16
TABLEAU 8. ÉLÉMENTS À CONSIDÉRER POUR LA RÉALISATION D'UNE ENDOSCOPIE PAR FIBRE OPTIQUE.....	18
TABLEAU 9. SYNTHÈSE DES RÉSULTATS DE L'ENQUÊTE PORTANT SUR LE DÉPISTAGE DE LA DYSPHAGIE AUPRÈS DE LA CLIENTÈLE HOSPITALISÉE.....	21
TABLEAU 10. SYNTHÈSE DES RÉSULTATS DE L'ENQUÊTE PORTANT SUR L'ÉVALUATION CLINIQUE DE LA DYSPHAGIE AUPRÈS DE LA CLIENTÈLE HOSPITALISÉE .....	22
TABLEAU 11. SYNTHÈSE DES RÉSULTATS DE L'ENQUÊTE PORTANT SUR L'ÉVALUATION INSTRUMENTALE DE LA DYSPHAGIE AUPRÈS DE LA CLIENTÈLE HOSPITALISÉE .....	24
TABLEAU 12. CONCORDANCE AVEC LES PRATIQUES RECENSÉES DANS LES GUIDES DE PRATIQUE .....	25

## LISTE DES FIGURES

---

FIGURE 1. PROCESSUS D'ÉVALUATION DE LA DYSPHAGIE POUR LA CLIENTÈLE ADULTE HOSPITALISÉE.....	6
FIGURE 2. PROCESSUS DE SÉLECTION DES DOCUMENTS .....	7
FIGURE 3. PROCESSUS DE SÉLECTION DES DOCUMENTS .....	19

## LISTE DES ANNEXES

---

ANNEXE 1. SITES INTERNET CONSULTÉS POUR LA RECHERCHE DE LA LITTÉRATURE GRISE .....	33
ANNEXE 2. STRATÉGIES DE RECHERCHE DOCUMENTAIRE DANS LES BASES DE DONNÉES INDEXÉES .....	36
ANNEXE 3. LISTE DES DOCUMENTS EXCLUS APRÈS ÉVALUATION DE L'ÉLIGIBILITÉ ET RAISONS D'EXCLUSION .....	38
ANNEXE 4. QUESTIONNAIRE UTILISÉ POUR L'ENQUÊTE.....	40

# RÉSUMÉ

---

## INTRODUCTION

La dysphagie représente un trouble de la déglutition qui peut mener à la malnutrition, à la déshydratation, à l'obstruction des voies aériennes et, éventuellement, à une pneumonie d'aspiration. Les causes sont variées et incluent notamment des troubles d'origine neurologique, musculaire et obstructive. En milieu clinique, l'évaluation de la déglutition peut être réalisée de différentes façons, incluant un dépistage au chevet du patient afin d'apprécier le risque de dysphagie, une évaluation clinique complète des structures et de la fonction oropharyngée et une évaluation à l'aide de méthodes instrumentales, c'est-à-dire par vidéofluoroscopie ou par examen endoscopique.

Des disparités de pratique entre les hôpitaux du CHU de Québec – Université Laval (ci-après «CHU de Québec») ont été remarquées dans l'ensemble de la trajectoire de services reliée à l'évaluation de la dysphagie. Dans le cadre de la révision de son offre de services, la Direction des services multidisciplinaires (DSM) a demandé à l'Unité d'évaluation des technologies et des modes d'intervention en santé (UETMIS) de déterminer quelles seraient les pratiques optimales à favoriser dans l'évaluation de la dysphagie.

## QUESTION DÉCISIONNELLE

Quelles devraient être les bonnes pratiques à préconiser au CHU de Québec pour l'évaluation de la dysphagie chez la clientèle adulte hospitalisée ?

## QUESTIONS D'ÉVALUATION

1. Quelles sont les recommandations des principaux organismes quant à l'évaluation de la dysphagie chez la clientèle adulte hospitalisée ?
2. Quelles sont les pratiques implantées dans d'autres établissements de santé quant à l'évaluation de la dysphagie chez la clientèle adulte hospitalisée ?

## MÉTHODOLOGIE

Une recension des publications scientifiques a été effectuée à partir de plusieurs bases de données indexées et de la littérature grise pour identifier les recommandations et les pratiques préconisées en lien avec le dépistage, l'évaluation clinique ou l'évaluation instrumentale de la dysphagie. Les sites Internet d'organismes en évaluation des technologies et des modes d'intervention en santé (ETMIS) ainsi que ceux d'associations professionnelles ont aussi été consultés. La recherche visait à identifier des guides de pratique et des modèles d'organisation. Les bibliographies des articles consultés ont aussi été examinées. Les documents rédigés en français ou en anglais, publiés depuis le 1<sup>er</sup> janvier 1995 jusqu'au 26 août 2015, ont été inclus. Deux évaluateurs ont procédé de manière indépendante à la sélection, à l'évaluation de la qualité des documents et à l'extraction des données. La démarche d'évaluation a été réalisée en collaboration avec des experts du CHU de Québec. Les membres du groupe de travail interdisciplinaire étaient représentatifs de plusieurs directions et départements du CHU de Québec ainsi que de plusieurs groupes professionnels. Ils ont participé à l'identification des enjeux et des dimensions à considérer pour la recherche d'informations ainsi qu'à l'analyse et à la synthèse des connaissances issues de la démarche d'évaluation. Une enquête par questionnaire a été réalisée afin de documenter les pratiques en cours d'évaluation de la dysphagie chez la clientèle adulte hospitalisée dans les cinq hôpitaux du CHU de Québec et dans quatre autres établissements universitaires de santé québécois.

## RÉSULTATS

### Recherche documentaire portant sur les recommandations des principaux organismes

Au total, 68 publications portant sur le dépistage, l'évaluation clinique et/ou l'évaluation instrumentale ont été sélectionnées et évaluées pour leur éligibilité. Les documents inclus consistent en 45 guides de pratique clinique rédigés par 28 organisations. La majorité des recommandations issues des documents retenus portent sur la clientèle adulte hospitalisée pour un accident vasculaire cérébral (AVC). Peu de variations ont été notées dans les recommandations selon qu'elles aient été émises par des organisations qui rapportaient ou non leurs méthodes de recherche des preuves scientifiques.

### *Dépistage de la dysphagie*

Au total, 17 organisations ont émis des recommandations ou des considérations concernant le dépistage de la dysphagie. Dans l'ensemble, 65 % de ces organisations décrivent leurs méthodes pour rechercher des preuves. Tous les documents retenus portent sur la clientèle adulte hospitalisée pour un AVC à l'exception d'un qui cible une clientèle générale composée d'adultes et d'enfants. Il se dégage un consensus des différentes organisations à l'effet que tous les patients ayant eu un AVC devraient avoir été dépistés pour un problème de dysphagie avant de manger, de boire ou de prendre un médicament par voie orale. Selon la majorité des organisations, le dépistage devrait être réalisé par un professionnel de la santé spécifiquement formé pouvant inclure des infirmières, des orthophonistes, des ergothérapeutes ou des nutritionnistes. La plupart préconisent aussi l'utilisation d'un outil de dépistage validé.

### *Évaluation clinique de la dysphagie*

Des recommandations ou considérations portant sur l'évaluation clinique de la dysphagie ont été émises par 23 organisations dont 39 % rapportent leurs méthodes pour rechercher les preuves. Ces recommandations visent la population post-AVC ou une population générale. Pour la majorité des guides de pratique retenus, l'évaluation clinique de la dysphagie devrait être réalisée lorsque le résultat est positif au dépistage ou en présence d'indications suggérant un risque élevé de dysphagie ou d'aspirations pulmonaires. Pour la clientèle en post-AVC, certaines organisations mentionnent que l'évaluation clinique de la dysphagie devrait être préférablement réalisée à l'intérieur des premières 72 heures après l'admission ou dans les 24 heures suivant le dépistage. Tel que le soulignent plusieurs des documents retenus, l'évaluation clinique de la dysphagie devrait être réalisée par un professionnel de la santé formé dans la prise en charge de la dysphagie incluant des orthophonistes, des ergothérapeutes ou des nutritionnistes. Enfin, quatre organisations mentionnent que des outils standardisés d'évaluation clinique réalisée au chevet ou des méthodes normalisées devraient être utilisés.

### *Évaluation instrumentale de la dysphagie*

Vingt organisations ont formulé des recommandations quant à l'évaluation instrumentale de la dysphagie dont 35 % rapportent leurs méthodes pour rechercher les preuves. Les documents visent la clientèle ayant subi un AVC, un traumatisme cranio-cérébral ou encore la population générale. L'évaluation instrumentale peut inclure la vidéofluoroscopie ou encore l'endoscopie par fibre optique. Certaines contre-indications s'appliquent toutefois à chacune de ces modalités. Plusieurs professionnels de la santé peuvent participer à la réalisation des évaluations instrumentales. L'emphase dans les guides est plutôt mise sur la présence de professionnels qui ont les connaissances, les compétences et la formation adéquates pour exécuter ces procédures. La présence du radiologiste lors de la réalisation de la vidéofluoroscopie ne serait pas obligatoire selon deux organismes, dont l'un des États-Unis et l'autre du Royaume-Uni. Par ailleurs, l'information disponible quant aux façons d'interpréter les résultats de la vidéofluoroscopie ou de l'endoscopie par fibre optique est très peu détaillée dans les guides. Toutefois, comme le soulignent certaines organisations, des critères standards de même qu'une échelle de gravité devraient être utilisés pour l'interprétation des résultats.

### **Recherche documentaire portant sur les modèles d'organisation**

Aucun des 296 documents répertoriés n'a porté sur la comparaison de l'impact de différents modèles d'organisation pour l'évaluation de la dysphagie.

### **Enquête**

Au total, des répondants provenant des cinq hôpitaux du CHU de Québec, du Centre hospitalier universitaire de Sherbrooke (CHUS), de l'Institut universitaire en cardiologie et pneumologie de Québec – Université Laval (IUCPQ), de l'Institut universitaire en gériatrie de Montréal (IUGM) et du Centre hospitalier de l'Université de Montréal (CHUM) ont participé à l'enquête. Les répondants sont principalement des orthophonistes, des nutritionnistes et des ergothérapeutes.

On constate que certaines des pratiques préconisées dans la littérature sont déjà instaurées dans l'ensemble des hôpitaux du CHU de Québec. Il s'agit notamment de l'utilisation d'un outil standardisé ou de méthodes normalisées pour l'évaluation clinique, la réalisation des évaluations cliniques en interdisciplinarité et l'utilisation d'une échelle pour évaluer la gravité des problèmes de déglutition. Les outils, les méthodes et les échelles de gravité utilisés pour l'évaluation de la dysphagie varient toutefois d'un site à l'autre. Parmi les pratiques recensées qui sont établies dans certains des hôpitaux du CHU de Québec, mentionnons la systématisation du dépistage pour la clientèle en post-AVC (HEJ, L'HDQ), l'utilisation d'outils de dépistage validés (HEJ) et l'utilisation d'un protocole normalisé lors de l'évaluation instrumentale (CHUL, HEJ,

HSFA). En somme, les pratiques du CHU de Québec sont relativement similaires à celles observées dans les quatre autres établissements québécois sondés.

Pour l'ensemble des établissements sondés, l'infirmière de chevet est principalement impliquée dans le dépistage de la dysphagie. Plus de la moitié des répondants ont mentionné procéder à un dépistage systématique de la dysphagie pour certaines clientèles, celle des patients en post-AVC étant la plus fréquemment ciblée. L'évaluation clinique de la dysphagie est réalisée dans tous les établissements sondés en utilisant des outils développés localement. Au total, 78 % des répondants utilisent à l'occasion des échelles standardisées ou développées localement, pour déterminer le degré de gravité de la dysphagie. La majorité des répondants des différents établissements estiment qu'entre 10 et 25 % des patients ayant bénéficié d'une évaluation clinique sont référés pour une évaluation instrumentale. Dans une forte proportion des cas, l'évaluation instrumentale est réalisée à l'aide de la vidéofluoroscopie (75 à 100 %) comparativement à l'endoscopie par fibre optique (0 à 25 %). L'examen de vidéofluoroscopie est réalisé sous la supervision d'un professionnel de la santé (nutritionniste, orthophoniste) dans tous les établissements sondés. Toutefois, un radiologiste n'est pas toujours présent au moment de l'examen dans un des hôpitaux du CHU de Québec et deux des établissements québécois sondés. Selon l'enquête, l'endoscopie par fibre optique est réalisée dans tous les cas par un médecin oto-rhino-laryngologiste.

## CONSTATS

Il se dégage les constats suivants de l'analyse et de l'appréciation des données probantes:

- L'évaluation de la dysphagie chez la clientèle hospitalisée constitue une trajectoire intégrant le dépistage, l'évaluation clinique et l'évaluation instrumentale.
- Les professionnels à impliquer dans l'évaluation de la dysphagie : d'abord une question de formation et de développement des compétences.
- L'impact de l'organisation des services pour l'évaluation de la dysphagie chez la clientèle hospitalisée n'est pas documenté.
- L'évaluation de la dysphagie chez la clientèle hospitalisée au CHU de Québec: des pratiques à harmoniser pour une meilleure organisation des services.

## RECOMMANDATIONS

### Recommandation 1

**Il est recommandé au CHU de Québec de mettre en place une procédure commune à ses cinq hôpitaux pour le dépistage systématique de la dysphagie chez les patients ayant subi un AVC.**

À ce propos, les procédures systématiques déjà existantes dans deux des cinq hôpitaux (HEJ, L'HDQ) pourraient servir de point de départ afin de partager les expériences, les outils de dépistage utilisés et ainsi déterminer les meilleures approches possibles.

### Recommandation 2

**Il est recommandé au CHU de Québec de procéder à la création d'un groupe de travail interdisciplinaire pour l'harmonisation des pratiques d'évaluation de la dysphagie entre les cinq hôpitaux.**

La création de ce groupe de travail interdisciplinaire, composé de différents professionnels de la santé impliqués dans l'évaluation et la prise en charge de la dysphagie provenant des cinq hôpitaux du CHU de Québec, devrait être sous la responsabilité conjointe de la Direction des services multidisciplinaires (DSM) et de la Direction des soins infirmiers (DSI) du CHU de Québec. De plus, des représentants du Conseil de médecins, dentistes et pharmaciens (CMDP), de la Direction des services professionnels (DSP), des directions clientèles concernées (p. ex. : soins intensifs, traumatologie et neurosciences, médecine, soins aux aînés et vieillissement), du Département d'oto-rhino-laryngologie et chirurgie buccale et maxillo-faciale et du Département d'imagerie médicale devraient être associés aux travaux de ce comité.

Les pratiques à cibler pour l'harmonisation ont trait notamment à la systématisation du dépistage de la dysphagie, aux outils, aux méthodes normalisées ou aux protocoles à utiliser, aux indications pour référer les patients hospitalisés à une évaluation clinique ou instrumentale et à la formation du personnel responsable de la prise en charge de la dysphagie.

## **CONCLUSION**

Bien qu'il n'existe pas de standard de pratique clairement défini, il se dégage des guides de pratique recensés des consensus au regard de certaines approches à préconiser pour le dépistage, l'évaluation clinique et l'évaluation instrumentale de la dysphagie chez les patients hospitalisés. Les pratiques déjà instaurées au CHU de Québec recourent en partie ces consensus sur l'évaluation de la dysphagie mais des disparités dans la trajectoire de services sont présentes entre les hôpitaux. La formation en dysphagie et le maintien des compétences du personnel semblent être des éléments critiques pour assurer des services de qualité et une prise en charge optimale et sécuritaire de la dysphagie pour la clientèle. L'harmonisation des pratiques d'évaluation de la dysphagie est également un jalon important à réaliser au même titre que la mesure d'effet lorsqu'un nouveau modèle d'organisation de services sera mis en œuvre au CHU de Québec.

## 1. INTRODUCTION

---

La dysphagie représente un trouble de la déglutition lié à la difficulté du transit des aliments par le pharynx et l'œsophage jusqu'à l'estomac. Elle ne représente pas une maladie en soi, mais un symptôme courant de pathologies ou de lésions affectant le corps humain dont les causes peuvent être de nature neurologique, musculaire, obstructive ou d'un autre ordre. La dysphagie, lorsque non prise en charge, peut conduire à la malnutrition, à la déshydratation, à l'obstruction des voies aériennes, à une détérioration de la qualité de vie, à l'isolement social, à la diminution des capacités fonctionnelles ou même à une pneumonie d'aspiration ou à un décès [1]. Il importe par conséquent de dépister rapidement la dysphagie afin de prévenir les conséquences qui y sont associées. En clinique, l'évaluation de la déglutition peut être réalisée de différentes façons, incluant un dépistage au chevet du patient afin d'apprécier le risque de dysphagie, une évaluation clinique complète des structures et de la fonction oropharyngée et une évaluation à l'aide de méthodes instrumentales, c'est-à-dire par vidéofluoroscopie ou par examen endoscopique.

Des disparités de pratique ont été remarquées dans l'ensemble de la trajectoire de services en fonction des différents hôpitaux du CHU de Québec – Université Laval (ci-après «CHU de Québec»). Dans le cadre de la révision de son offre de services, la Direction des services multidisciplinaires (DSM) a demandé à l'Unité d'évaluation des technologies et des modes d'intervention en santé (UETMIS) de déterminer quelles seraient les pratiques optimales à favoriser dans l'évaluation de la dysphagie.



## 2. QUESTIONS DÉCISIONNELLE ET D'ÉVALUATION

---

### 2.1 Question décisionnelle

Quelles devraient être les bonnes pratiques à préconiser au CHU de Québec pour l'évaluation de la dysphagie chez la clientèle adulte hospitalisée ?

### 2.2 Questions d'évaluation

1. Quelles sont les recommandations des principaux organismes quant à l'évaluation de la dysphagie chez la clientèle adulte hospitalisée ?
2. Quelles sont les pratiques implantées dans d'autres établissements de santé quant à l'évaluation de la dysphagie chez la clientèle adulte hospitalisée ?

## 3. MÉTHODOLOGIE D'ÉVALUATION

### 3.1 Recherche documentaire

Le Tableau 1 résume les critères d'éligibilité, les limites ainsi que les éléments recherchés utilisés pour effectuer la recherche documentaire en lien avec les questions d'évaluation. Une recension des publications scientifiques a été effectuée à partir des bases de données indexées *Medline (PubMed)*, *Embase*, *CINHAL* et de la littérature grise. Une recherche a été effectuée afin d'identifier des guides de pratique et des modèles d'organisation. Les sites Internet d'organismes en évaluation des technologies et des modes d'intervention en santé (ETMIS) ainsi que ceux d'associations professionnelles ont été consultés afin de rechercher des documents pertinents. La liste des organismes et des bases de données considérés est présentée à l'Annexe 1. Les stratégies de recherche utilisées sont présentées à l'Annexe 2. Les bibliographies des articles pertinents ont aussi été examinées pour relever d'autres références d'intérêt.

#### 3.1.1 Sélection et évaluation de l'éligibilité des publications

La sélection des documents a été effectuée de manière indépendante par deux évaluateurs (G.A. et B.L.) selon les critères d'inclusion et les limites spécifiés au Tableau 1. En cas de désaccord, l'avis d'un troisième évaluateur (M.R.) était sollicité afin de parvenir à un consensus.

#### 3.1.2 Évaluation de la qualité des publications et extraction des données

La qualité des publications a été évaluée de manière indépendante par deux évaluateurs (G.A. et B.L.). L'évaluation de la qualité méthodologique des guides de pratique qui décrivent leurs méthodes de recherche des preuves scientifiques a été réalisée à l'aide de la grille AGREE II [2]. Une comparaison des recommandations issues des guides de pratique qui décrivent ou non leurs méthodes de recherche des preuves a été réalisée dans le but d'établir s'il y a une cohérence entre elles. L'avis d'un troisième évaluateur (M.R.) a été sollicité lors de désaccords afin de parvenir à un consensus. L'extraction des données a été effectuée par deux évaluateurs indépendants (G.A. et B.L.) à l'aide d'une grille spécifique à ce projet. La liste des publications exclues ainsi que les raisons d'exclusion sont présentées à l'Annexe 3.

**TABEAU 1. CRITÈRES D'ÉLIGIBILITÉ ET LIMITES**

Critères d'inclusion	
Population	Adultes hospitalisés
Intervention	<ol style="list-style-type: none"><li>1. Méthodes de dépistage initial de la dysphagie</li><li>2. Méthodes d'évaluation clinique de la dysphagie</li><li>3. Méthodes d'évaluation instrumentale de la dysphagie par vidéofluoroscopie ou par des méthodes endoscopiques (FEES: <i>fiberoptic endoscopic evaluation of swallowing</i>; FEEST: <i>fiberoptic endoscopic evaluation of swallowing and sensory testing</i>)</li></ol>
Types de documents	Guides de pratique, modèles d'organisation
Éléments recherchés	<ul style="list-style-type: none"><li>- Trajectoire recommandée par type de clientèle</li><li>- Description des méthodes d'évaluation</li><li>- Normes de bonnes pratiques</li><li>- Critères décisionnels</li><li>- Échelles de gradation de la dysphagie</li><li>- Intervenants impliqués et rôles</li></ul>
Critères d'exclusion	
Langue : autre que le français ou l'anglais	
Limites	
Période couverte : à partir de janvier 1995 jusqu'au 26 août 2015	

### **3.2 Description des pratiques**

Une enquête par questionnaire a été réalisée auprès des cinq hôpitaux du CHU de Québec et d'autres centres universitaires québécois (Centre hospitalier universitaire de Sherbrooke (CHUS), Centre hospitalier de l'Université de Montréal (CHUM), Institut universitaire de gériatrie de Montréal (IUGM), Institut universitaire de cardiologie et de pneumologie de Québec – Université Laval (IUCPQ)). L'objectif de l'enquête était de décrire les pratiques en cours pour l'évaluation de la dysphagie chez la clientèle adulte hospitalisée. Le questionnaire utilisé est présenté à l'Annexe 4. Ce questionnaire a été testé en février 2015 par un membre du groupe de travail préalablement à l'élaboration de sa version finale. Le questionnaire a par la suite été acheminé par courriel à différents représentants des établissements visés. L'extraction des données a été effectuée par deux évaluateurs indépendants (G.A. et M.A.P.) à l'aide d'une grille spécifique à ce projet.

### **3.3 Contextualisation**

La démarche d'évaluation a été réalisée en collaboration avec des experts du CHU de Québec. Les membres du groupe de travail interdisciplinaire étaient représentatifs de plusieurs directions et départements du CHU de Québec et de plusieurs groupes professionnels (voir la liste en page ii). Ils ont participé à l'identification des enjeux et des dimensions à considérer pour la recherche d'informations ainsi qu'à l'analyse de la synthèse des connaissances issues de la démarche d'évaluation réalisée par l'équipe de l'UETMIS. Ces échanges ont contribué à la compréhension du contexte de l'établissement, à l'identification des aspects organisationnels à considérer ainsi qu'à l'élaboration des constats et des recommandations.

### **3.4 Révision**

Le rapport a été révisé par les membres du groupe de travail interdisciplinaire (voir Remerciements en page ii). Il a été révisé et adopté par les membres du Conseil scientifique de l'UETMIS lors de sa réunion du 20 octobre 2015.

## 4. INFORMATIONS GÉNÉRALES

---

### 4.1 La dysphagie

La dysphagie est un trouble de la déglutition que l'on définit comme le processus d'ingestion d'une ou de plusieurs substances, dont les liquides, les aliments et les médicaments, qui transitent par le pharynx et l'œsophage jusqu'à l'estomac. Elle permet aussi de gérer certains liquides intracorporels, tels que les sécrétions nasales, trachéales et la salive [3].

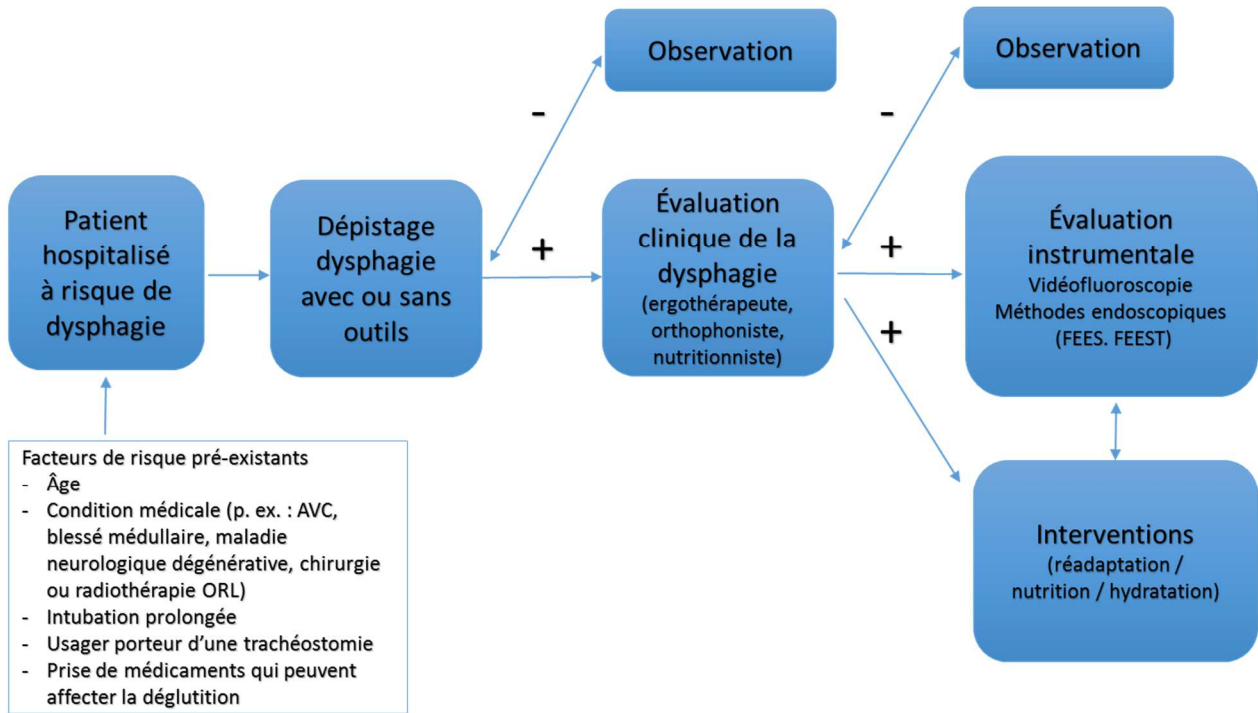
La dysphagie n'est pas une maladie en soi, mais représente plutôt un symptôme d'une pathologie dont les causes peuvent être de nature neurologique (accident vasculaire cérébral (AVC), sclérose en plaques, sclérose latérale amyotrophique, neuropathie diabétique, paralysie cérébrale, syndrome Guillain-Barré), musculaire (dystrophie musculaire, myasthénie grave, vieillissement), obstructive (candidose, cancers de la tête et du cou) ou d'autres causes (troubles rhumatologiques et des tissus conjonctifs, vagotomie, résection du tractus gastro-intestinal, intubation prolongée) [4]. En neurologie, on estime sa prévalence entre 22 et 65 % chez la clientèle présentant un AVC en phase aiguë [5, 6], à 36 % chez les personnes symptomatiques ayant la maladie de Parkinson [7] et à plus de 30 % chez les personnes atteintes de sclérose en plaques [8].

Parmi les principaux signes de dysphagie, il y a une difficulté à garder la salive et les aliments liquides et solides dans la bouche, de la toux avant, pendant ou après la déglutition, une voix mouillée ou modifiée après les repas ou un besoin fréquent de se racler la gorge [9]. La dysphagie peut ainsi mener à la malnutrition, à la déshydratation, à l'obstruction des voies aériennes et contribuer à l'apparition de pneumonies d'aspiration ou à un décès [1, 10]. Elle est donc souvent associée à l'allongement de la durée du repas, à l'évitement de certains aliments et à une perte de poids anormale [9]. Tous ces éléments ont un impact sur la durée de séjour hospitalier, affectent le potentiel de réadaptation [1, 10], diminuent la qualité de vie et contribuent à l'isolement social [1]. En raison des conséquences qui lui sont associées, il convient donc de dépister promptement la dysphagie afin de pouvoir intervenir et prévenir ses effets néfastes.

#### 4.1.1 Évaluation de la dysphagie

En milieu clinique, l'évaluation de la déglutition peut être faite de différentes façons (Figure 1). Elle se déroule suivant un processus en entonnoir dans lequel seule une portion des patients dépistés sera soumise à une évaluation clinique sur la base de certaines indications et ultimement, une autre proportion de ces patients transitera vers une évaluation instrumentale. Tout d'abord, un dépistage au chevet du patient peut être réalisé de façon informelle par le personnel infirmier ou par les préposés aux bénéficiaires (p. ex. : observations au moment de l'alimentation). Des tests de dépistage validés (p. ex. : test de la gorgée d'eau, *Toronto Bedside Swallowing Screening Test (TOR-BSST)*, *Gugging Swallowing Screen*, *Standardised Swallowing Screen (SSS)*, etc.) peuvent également être utilisés. L'équipe de soins peut contribuer au dépistage d'éventuels problèmes de déglutition. En cas de doute sérieux, une requête de services professionnels peut être effectuée auprès de différents professionnels de la santé (p. ex. : nutritionniste, orthophoniste, ergothérapeute) afin qu'une évaluation clinique des structures oropharyngées et des fonctions motrices et respiratoires impliquées dans la déglutition soit réalisée. Suivant cette évaluation, diverses recommandations pourront être énoncées comme l'ajustement des textures alimentaires, du positionnement ou des techniques de déglutition. Si toutefois des doutes d'aspiration persistent, l'utilisation de méthodes instrumentales peut être préconisée. Ces méthodes incluent la vidéofluoroscopie qui permet de voir de façon dynamique les différentes étapes de la déglutition d'aliments auxquels un produit de contraste a été ajouté. Sont également incluses dans les méthodes instrumentales les investigations préconisant l'utilisation de l'endoscopie nasale par fibre optique afin de visualiser les phases de la déglutition (*Flexible Endoscopic Evaluation of Swallowing (FEES)* ou *Flexible Endoscopic Evaluation of Swallowing with Sensory Testing (FEESST)*). Ces méthodes permettent ainsi de visualiser les étapes de la déglutition et d'estimer le risque d'aspiration.

**FIGURE 1. PROCESSUS D'ÉVALUATION DE LA DYSPHAGIE POUR LA CLIENTÈLE ADULTE HOSPITALISÉE**



- : résultat négatif

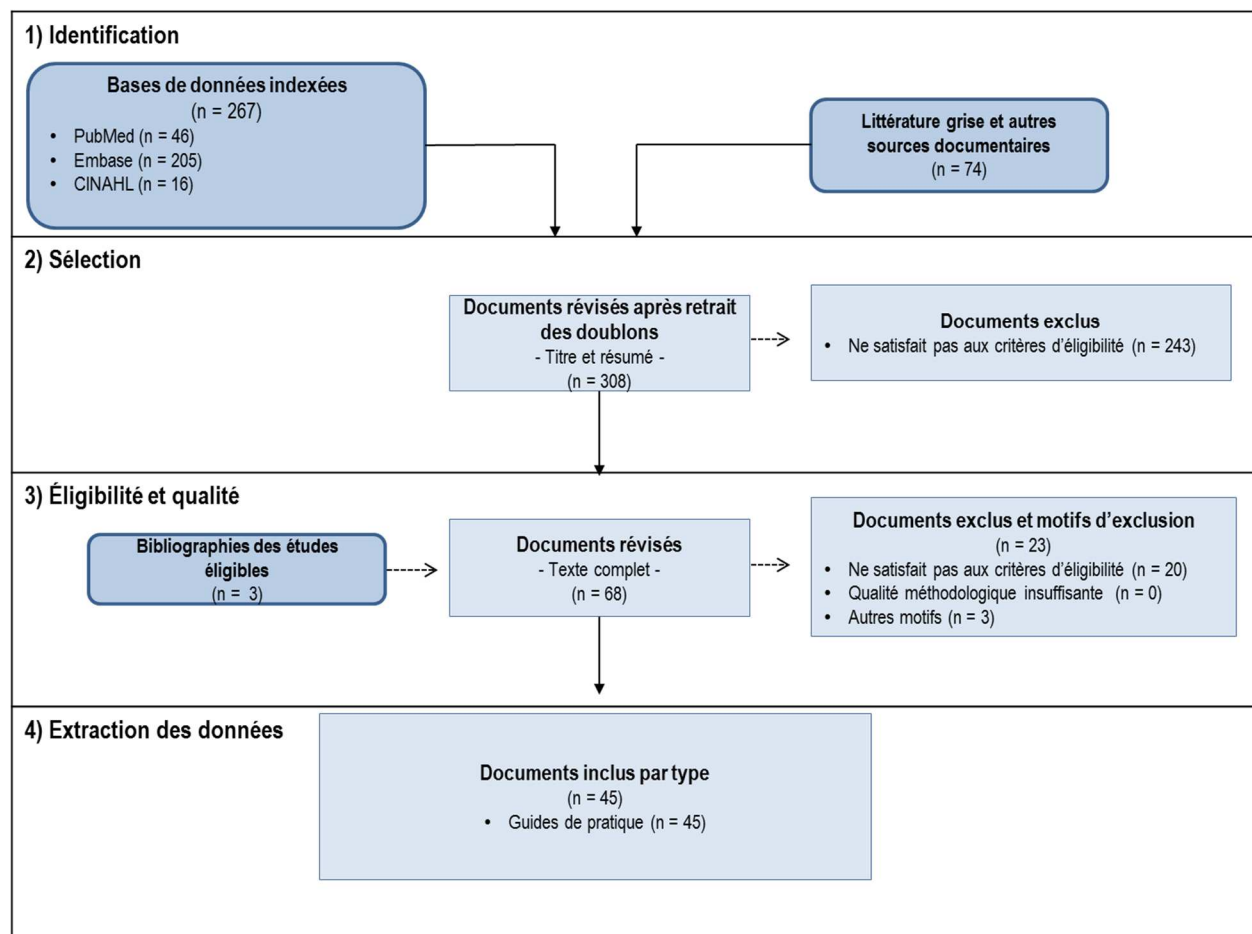
+ : résultat positif

## 5. RÉSULTATS

### 5.1 Résultats de la recherche documentaire portant sur les recommandations des principaux organismes

La recherche documentaire a permis d'identifier 311 documents différents. Au total, 68 publications ont été sélectionnées et évaluées pour leur éligibilité. Les documents inclus consistent en 45 guides de pratique clinique portant sur les étapes de dépistage, d'évaluation clinique et/ou d'évaluation instrumentale de la dysphagie. Le diagramme du processus de sélection des documents est présenté à la Figure 2.

FIGURE 2. PROCESSUS DE SÉLECTION DES DOCUMENTS



### 5.1.1 Appréciation de la qualité des guides de pratique

Les documents retenus ont été rédigés par 28 organisations différentes dont 11 canadiennes (Tableau 2). Un de ces documents relève davantage d'un avis sur la pertinence de l'intervention spécifique des diététistes auprès des personnes atteintes de dysphagie que d'un guide de pratique [50]. La majorité des recommandations issues des guides de pratique retenus portent sur la clientèle adulte hospitalisée pour un AVC.

**TABLEAU 2. LISTE D'ORGANISMES AYANT PUBLIÉ UN GUIDE DE PRATIQUE SUR LE DÉPISTAGE, L'ÉVALUATION CLINIQUE OU L'ÉVALUATION INSTRUMENTALE DE LA DYSPHAGIE**

Organisme, année [référence]	Pays (province)	Clientèle visée
<b>Description des méthodes de recherche des preuves scientifiques</b>		
<i>American Association of Neuroscience Nurses (AANN)</i> , 2008 [11], 2009 [12]	États-Unis	AVC [11], hémorragie sous-arachnoïdienne [12]
<i>Department of Veterans Affairs, Department of Defense (VA/DoD)</i> , 2010 [13]	États-Unis	AVC
<i>Evidence-Based Review of Stroke Rehabilitation group (EBRSR)</i> , 2013 [14]	Canada	AVC
<i>German Society for Clinical Nutrition (DGEM), German Society for Neurology (DGN), German Geriatric Society (DGG)</i> , 2013 [15]	Allemagne	AVC
<i>Health Quality Ontario (HQO), Ministry of Health and Long-Term Care</i> , 2013 [16]	Canada (Ontario)	AVC
<i>Heart and Stroke Foundation</i> , 2014-2015 [17]	Canada	AVC
<i>Institute for Clinical Systems Improvement (ICSI)</i> , 2012 [18]	États-Unis	AVC
<i>National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE)</i> , 2008 [19], <i>Royal College of Physicians (RCP)</i> , 2008 [20], 2012 [21]	Royaume-Uni	AVC, ICT
<i>National Stroke Foundation (NSF)</i> , 2010 [22]	Australie	AVC
<i>Registered Nurses' Association of Ontario (RNAO)</i> , 2005 [23], 2011 [24]	Canada (Ontario)	AVC
<i>Scottish Intercollegiate Guidelines Network (SIGN)</i> , 2010 [25], 2013 [26]	Écosse	AVC [25], TCC [26]
<b>Méthodes de recherche des preuves scientifiques peu ou non décrites</b>		
Agence Nationale d'Accréditation et d'Évaluation en Santé (ANAES), 2001 [27], 2002 [28]	France	AVC
<i>Alberta provincial stroke strategy (APSS)</i> , 2009 [29], 2010 [30]	Canada (Alberta)	AVC
<i>American Academy of Otolaryngology-Head and Neck Surgery (AAO-HNSF)</i> , 2013 [31]	États-Unis	Adultes et enfants
<i>American College of Radiology (ACR)</i> , 2013 [32], 2014 [33]	États-Unis	Non spécifiée
<i>American Heart Association (AHA)</i> , 2005 [34], 2009 [35], 2010 [36], 2013 [37]	États-Unis	AVC
<i>American Occupational Therapy Association (AOTA)</i> , 2008 [38]	États-Unis	AVC
<i>American Speech-Language-Hearing Association (ASHA)</i> , 2000 [39], 2001 [40], 2004 [41-43]	États-Unis	Adultes et enfants
<i>Canadian Association of Gastroenterology (CAG)</i> , 1998 [44]	Canada	Non spécifiée
Association canadienne des orthophonistes et audiologistes (ACOA), 2007 [45]	Canada	Non spécifiée
<i>College of audiologists and speech-language pathologists of Ontario (CASLPO)</i> , 2007 [46]	Canada (Ontario)	Adultes et enfants
<i>Dieticians of Canada</i> , 2015 [47]	Canada	Non spécifiée
<i>Heart and Stroke Foundation of Ontario (HSFO)</i> , 2006 [48]	Canada (Ontario)	AVC
<i>Irish Association of Speech and Language Therapists' (IASLT)</i> , 2012 [49]	Irlande	Adultes et enfants
Ordre professionnel des diététistes du Québec (OPDQ), 2006 [50]	Canada (Québec)	Non spécifiée
<i>Royal College of Speech and Language Therapists (RCSLT)</i> , 2005 [51], 2007 [52, 53]	Royaume-Uni	Adultes et enfants
<i>Singapore Ministry of Health</i> , 2009 [54]	Singapour	AVC, ICT
Société Française de Radiologie (SFR), Société Française de Biophysique et de Médecine Nucléaire (SFBMN), Direction Générale de la Sûreté Nucléaire et de la Radioprotection (DGSNR), Agence Nationale d'Accréditation et d'Évaluation en Santé (ANAES), 2005 [55]	France	Non spécifiée

TCC : traumatisme crânio-cérébral; ICT : ischémie cérébrale transitoire

Seule la qualité des guides de pratique des organisations qui rapportaient une description de leurs méthodes de recherche des preuves scientifiques a été évaluée à l'aide de la grille AGREE II. Pour l'ensemble de ces documents, les objectifs et les questions de santé couvertes sont décrits explicitement. À ce propos, la totalité d'entre eux portent sur la clientèle hospitalisée pour un AVC ou un traumatisme crânio-cérébral (TCC). Des recommandations en lien avec le dépistage, l'évaluation clinique et/ou l'évaluation instrumentale de la dysphagie y sont formulées.

D'un point de vue méthodologique, l'ensemble des organisations impliquées dans le développement de ces guides ont recherché des preuves scientifiques. Toutefois, peu d'entre elles décrivent adéquatement leurs stratégies de recherche [13, 15, 22, 25, 26]. De plus, les critères de sélection des preuves ne sont pas clairement définis dans certains cas [11, 12, 15, 17, 19-21, 23, 24]. Par ailleurs, pour l'ensemble des guides de pratique, les recommandations sont précises et sans ambiguïté bien que les méthodes utilisées pour les formuler ne soient pas toujours bien rapportées [11, 12, 14, 18]. Il y a aussi un lien explicite entre les recommandations et les preuves scientifiques sur lesquelles elles reposent. Dans l'ensemble, il n'y a pas de variation entre les recommandations émises par les organisations qui rapportent leurs méthodes de recherche des preuves scientifiques et celles qui ne le font pas. Enfin, certains des documents sont accompagnés d'outils permettant l'application des recommandations (p. ex. : fiche, algorithme) [14, 17-23, 25, 26] ou proposent des critères clés permettant le suivi de l'adhésion aux recommandations [16-21, 23, 25, 26].

Les groupes professionnels ayant élaboré quatre de ces guides de pratique sont homogènes [11, 12, 23, 24] alors que les recommandations de la majorité des organisations ont été élaborées par un groupe d'individus dont les professions sont plus diversifiées (p. ex. : médecins, infirmières, orthophonistes, ergothérapeutes, nutritionnistes) [13-22, 25, 26]. Dans la moitié des cas, des réviseurs externes ont été impliqués dans le processus de validation des recommandations [17-26]. Il importe également de mentionner que, pour près de la moitié des documents, les intérêts divergents des membres du groupe ayant élaboré le guide n'ont pas été documentés [11-14, 16, 23, 24]. Dans le même esprit, à l'exception des guides de pratique de quatre organisations [17, 18, 22-24], on ne peut savoir si le point de vue des organismes de financement a influencé le contenu du guide puisque cette information n'est pas disponible. L'information concernant les moyens à prendre pour considérer les opinions et préférences des patients est peu rapportée dans les guides [17, 19-22].

## 5.1.2 Synthèse des principales recommandations

### 5.1.2.1 Dépistage de la dysphagie

Au total, 17 organisations ont émis des recommandations concernant le dépistage de la dysphagie. Au total, 65 % de ces organisations décrivent leurs méthodes pour rechercher des preuves. Tous les documents retenus portent sur la clientèle adulte hospitalisée pour un AVC à l'exception des normes et lignes directrices de pratique du *College of audiologists and speech-language pathologists of Ontario* (CASLPO) qui portent sur une clientèle générale composée d'adultes et d'enfants [46]. Les principales recommandations ou éléments à considérer issus des documents portant sur la clientèle post-AVC sont présentés au Tableau 3. Un consensus se dégage des différentes organisations à l'effet que tous les patients ayant subi un AVC devraient avoir été dépistés pour un problème de dysphagie avant de manger, de boire ou de prendre un médicament par voie orale [11-14, 16-25, 28-30, 34-37, 48, 54]. Certaines précisent d'ailleurs que le dépistage devrait être réalisé dans les quatre heures [21] ou moins de 24 heures [13, 17, 22-24, 35, 36] suivant l'admission du patient. La plupart des organisations préconisent l'utilisation d'un outil de dépistage validé [12, 15-17, 20-24, 29, 30, 34-36]. Elles mentionnent également différents aspects à observer et à documenter lors du dépistage (Tableau 3). Enfin, selon la majorité des organisations, le dépistage devrait être réalisé par un professionnel de la santé spécifiquement formé pouvant inclure des infirmières, des orthophonistes, des ergothérapeutes ou des nutritionnistes [13, 14, 17, 19-25, 34-37, 48, 54].

Les conclusions du CASLPO, qui portent sur une clientèle générale, vont dans la même direction que celles émises pour les patients en post-AVC [46]. Selon eux, le dépistage devrait comprendre au moins une des activités suivantes : a) une reconnaissance du risque de dysphagie par une révision du dossier médical, du diagnostic et des antécédents médicaux; b) une reconnaissance de signes apparents de difficultés de déglutition (toux, suffocation, incapacité d'avaler) pendant l'administration régulière ou planifiée de médicaments, l'ingestion d'eau ou de nourriture par voie orale et c) une confirmation de la présence d'observations cliniques précises constituant des indicateurs du risque de dysphagie pendant l'examen physique du patient. Selon cette organisation, le dépistage devrait être réalisé par un professionnel de la santé réglementé et formé et peut ou non inclure la participation d'un orthophoniste [46].



**TABLEAU 3. RECOMMANDATIONS OU ÉLÉMENTS À CONSIDÉRER PORTANT SUR LE DÉPISTAGE DE LA DYSPHAGIE AUPRÈS DES PATIENTS POST-AVC SELON DIFFÉRENTES ORGANISATIONS**

Recommandations / éléments à considérer	Références
<b>Clientèle visée par le dépistage</b>	
Tous les patients doivent avoir un dépistage de la dysphagie avant de manger, de boire ou de prendre un médicament par voie orale (garder NPO)	[11-14, 16-25, 28-30, 34-37, 48, 54]
- dépistage dans les 4 heures suivant l'admission du patient	[21]
- dépistage moins de 24 heures après l'admission du patient	[13, 17, 22-24, 35, 36]
Si un patient n'est pas suffisamment alerte ou en état pour subir un dépistage, il devrait être surveillé de près et le dépistage devrait être effectué dès que son état clinique le permet	[13, 16, 17, 25, 29, 30]
<b>Éléments à inclure dans le dépistage</b>	
Utiliser un outil de dépistage validé	[12, 15-17, 20-24, 29, 30, 34-36]
Outils suggérés :	
- <i>Gugging Swallowing Screen</i>	[15, 23, 24]
- <i>Standardized Bedside Swallowing Assessment (SSA)</i>	[23, 24]
- <i>Toronto Bedside Swallowing Screening Test (TOR-BSST)</i>	[23, 24]
- <i>Swallowing-Provocation-Test (SPT)</i>	[15]
- <i>Massey Bedside Swallowing Screen (MBSS)</i>	[35]
- test de la gorgée d'eau	[12, 15, 23-25, 35-37, 48]
Documenter et observer les aspects suivants :	
- histoire médicale (comorbidités, facteurs de risque)	[25, 48]
- prise de médicaments qui peuvent causer une dysphagie	[25]
- état de conscience	[23-25]
- contrôle postural	[25]
- hygiène orale	[25]
- signes de dysphagie oropharyngée (étouffement, toux, voix mouillée)	[11, 23, 24, 35]
- protrusion de la langue	[23, 24]
- sensation de constriction pharyngée	[23, 24]
- qualité vocale	[11, 23, 24]
- faiblesse musculaire faciale	[11]
<b>Intervenants impliqués</b>	
Fait par un professionnel de la santé formé spécifiquement dans le dépistage de la dysphagie	[13, 14, 17, 19-25, 34-37, 48, 54]
Pouvant inclure :	
- infirmière	[11, 23-25, 34-36, 48, 54]
- orthophoniste	[34-36]
- ergothérapeute	[34]
- nutritionniste	[48]
<b>Autres considérations</b>	
L'organisation devrait se doter de programmes de formation élaborés et enseignés aux membres appropriés du personnel leur permettant d'effectuer un dépistage initial	[17]
Les protocoles de dépistage doivent contenir une trajectoire claire incluant toutes les actions possibles (NPO, en attente de référence, etc.)	[25]

**NPO** : *nil per os*

### 5.1.2.2 Évaluation clinique de la dysphagie

Des recommandations ou éléments à considérer portant sur l'évaluation clinique de la dysphagie ont été formulés par 23 organisations, dont 39 % rapportent leurs méthodes pour rechercher les preuves (Tableau 4). Ces recommandations visent la population post-AVC (n = 15) ou une population générale (n = 8).

Selon la majorité des guides de pratique retenus, l'évaluation clinique de la dysphagie devrait être réalisée lorsque le résultat est positif au dépistage ou en présence d'indications suggérant un risque élevé de dysphagie ou d'aspirations pulmonaires, et ce, tant pour la clientèle générale que celle en post-AVC [11-13, 15-17, 19-24, 29, 34, 36, 48, 54]. Pour la clientèle en post-AVC, certaines organisations mentionnent que l'évaluation clinique de la dysphagie devrait être préférablement réalisée à l'intérieur des premières 72 heures suivant l'admission [19-21, 35, 36] ou dans les 24 heures suivant le dépistage [13, 48]. Selon le *Department of Veterans Affairs/Department of Defense* (VA/DoD) et la *Heart and Stroke Foundation of Ontario* (HSFO), les patients devraient être gardés à jeun jusqu'à ce que l'évaluation clinique de la dysphagie soit réalisée [13, 48].

Quatre organisations mentionnent que des outils standardisés d'évaluation clinique réalisée au chevet ou des méthodes normalisées devraient être utilisés [15, 25, 35, 36, 46]. L'outil développé par Logemann *et al.* [56] est suggéré par la *German Society for Clinical Nutrition/German Society for Neurology/German Geriatric Society* et par le *Scottish Intercollegiate Guidelines Network* (SIGN) [15, 25]. Le Tableau 4 présente les différents éléments à documenter et à observer lors de l'évaluation clinique. En plus de l'histoire de cas, l'évaluation des structures orales et de leurs fonctions, de la capacité orale motrice, de l'efficacité de la déglutition, du langage et de la qualité vocale sont les éléments les plus fréquemment mentionnés par les organisations. Le CASLPO est encore plus spécifique dans sa description des étapes d'évaluation clinique portant sur l'inspection de la cavité buccale et de ses fonctions motrices et sensorielles de même que sur les évaluations à réaliser pendant et suite à la déglutition [46]. Selon cet ordre, le professionnel de la santé devrait procéder à :

- l'inspection de la cavité buccale pour déterminer l'intégrité structurale des dents, des lèvres, de la langue, du palais mou, du palais dur et des muqueuses oropharyngées visibles;
- l'évaluation de la fonction motrice et sensorielle des structures de la cavité buccale participant à la déglutition (mâchoire, lèvres, langue, palais dur et mou, joues);
- l'évaluation non instrumentale du moment et de l'amplitude du mouvement du cartilage thyroïdien pendant la déglutition de salive, de liquide ou de nourriture;
- l'évaluation des altérations du comportement laryngé ou respiratoire (p. ex. : toux, raclement de la gorge, qualité de la voix) à la suite de la déglutition de salive, de liquide ou de nourriture;
- l'inspection de la cavité buccale pour vérifier la présence de résidus à la suite de la déglutition de liquide ou de nourriture;
- la vérification auprès du patient de la présence antérieure d'une difficulté quelconque pendant la déglutition de salive, de liquide ou de nourriture.

L'*American Speech Language Hearing Association* (ASHA) souligne aussi qu'une échelle fonctionnelle de la dysphagie peut être utilisée pour obtenir des informations quant aux perceptions du patient, à la gravité de sa dysphagie et aux changements dans son statut fonctionnel et sa qualité de vie [39, 40]. Cependant, elle ne spécifie pas l'échelle fonctionnelle à utiliser. Enfin, plusieurs des documents retenus soulignent que l'évaluation clinique de la dysphagie devrait être réalisée par un professionnel de la santé formé dans la prise en charge de la dysphagie, incluant des orthophonistes, des ergothérapeutes ou des nutritionnistes [13, 15-17, 23-25, 29, 45, 48]. Selon l'Association canadienne des orthophonistes et audiologistes (ACOA), il est d'ailleurs recommandé que les professionnels novices soient sous la supervision directe de professionnels expérimentés dans l'exercice de l'évaluation clinique de la dysphagie [45]. Ce mentorat devrait se poursuivre pendant un minimum de 10 cas ou jusqu'à ce que les deux parties soient d'accord quant à la compétence du professionnel novice à procéder de façon autonome à l'examen. Enfin, le CASLPO souligne qu'une approche centrée sur le client est essentielle à la prestation de services efficaces en matière de dysphagie [46]. Cet ordre recommande également que l'évaluation clinique soit réalisée en collaboration avec d'autres professionnels de la santé [46].

**TABLEAU 4. RECOMMANDATIONS OU ÉLÉMENTS À CONSIDÉRER PORTANT SUR L'ÉVALUATION CLINIQUE DE LA DYSPHAGIE SELON DIFFÉRENTES ORGANISATIONS**

Recommandations / éléments à considérer	Références
<b>Clientèle visée par l'évaluation clinique</b>	
Recommandations pour toutes les clientèles :	
- si résultat positif au dépistage ou risque élevé de dysphagie ou d'aspirations pulmonaires	[11-13, 15-17, 19-24, 29, 34, 36, 48, 54]
Recommandations spécifiques aux patients post-AVC :	
- évaluation clinique préférablement dans les 24h suite à l'admission et avant 72h	[19-21, 35, 36]
- garder NPO jusqu'à l'évaluation clinique, préférablement réalisée dans les 24h suivant le dépistage	[13, 48]
<b>Éléments à évaluer lors de l'évaluation clinique</b>	
Outil standardisé ou méthodes normalisées devraient être utilisés	[15, 25, 36, 46]
- outil d'évaluation clinique réalisée au chevet de Logemann <i>et al.</i> [56]	[15, 25]
Documenter et observer les aspects suivants :	
- histoire de cas (révision des rapports médicaux, entrevues avec le patient, la famille, etc.)	[39, 40, 44, 47-49, 51]
- médication	[47, 51]
- capacités motrices générales, contrôle postural, niveau d'alerte, état cognitif	[44, 48, 51]
- état nutritionnel et d'hydratation	[51]
- fonction respiratoire	[47, 51]
- présence de reflux gastro-œsophagien	[51]
- structures orales et leurs fonctions, hygiène orale	[28, 39, 40, 46, 47, 51]
- capacité orale motrice et efficacité de la déglutition	[28, 38, 46-48]
- langage et qualité vocale	[40, 48, 49, 51]
- mécanismes de protection des voies aériennes et coordination de la respiration lors de la déglutition	[40, 46, 47]
- capacité du patient à boire et à manger en portant son attention sur les interactions lors du repas, le positionnement, la taille du bolus, les ustensiles utilisés et l'environnement	[51]
- effets du changement de texture des aliments ou des techniques compensatoires (p. ex. : changer la position de la tête)	[39, 40, 47]
- signes et symptômes de la dysphagie	[13, 44, 47]
- risque de pénétration et d'aspiration	[13, 48]
- besoin en évaluation instrumentale	[13, 39, 48, 49]
Échelle fonctionnelle de la dysphagie peut être utilisée pour obtenir les perceptions du patient, la gravité de sa dysphagie, les changements dans son statut fonctionnel et sa qualité de vie	[39, 40]
<b>Intervenants impliqués</b>	
Fait par un professionnel de la santé formé dans la prise en charge de la dysphagie	[13, 15-17, 23-25, 29, 45, 48]
L'évaluation clinique devrait être réalisée en interdisciplinarité	[46, 48]
<b>Autres considérations</b>	
Maximiser la sécurité du patient pendant les techniques d'évaluation de la déglutition	[46]

NPO : *nil per os*

### 5.1.2.3 Évaluation instrumentale de la dysphagie

Vingt organisations ont formulé des recommandations quant à l'évaluation instrumentale de la dysphagie dont 35 % rapportent leurs méthodes pour rechercher les preuves. Les documents visent la clientèle ayant eu un AVC, un TCC ou encore la population générale d'adultes et d'enfants. Les indications et les contre-indications à réaliser une évaluation instrumentale de la dysphagie sont présentées au Tableau 5. L'évaluation instrumentale serait indiquée entre autres lorsque des informations supplémentaires à celles obtenues lors de l'évaluation clinique sont nécessaires pour confirmer un diagnostic suspecté, pour documenter la présence et préciser la cause des aspirations et des résidus de même que pour établir le plan de traitement du patient. Il ne serait pas approprié de procéder à l'évaluation instrumentale si les résultats de l'examen ne changeront pas le plan de prise en charge ou si le patient n'est pas en mesure de se soumettre à l'examen (p. ex. : trop instable, incapable de coopérer, positionnement impossible).

**TABLEAU 5. INDICATIONS ET CONTRE-INDICATIONS À RÉALISER UNE ÉVALUATION INSTRUMENTALE DE LA DYSPHAGIE**

<b>L'évaluation instrumentale est indiquée</b>	<b>Références</b>
Si les résultats de l'évaluation clinique	
- ont fourni des données incomplètes	[46]
- indiquent que le patient est suspecté d'avoir un problème pharyngé ou une dysphagie	[13, 26, 36, 39, 46, 48]
- indiquent que le patient est suspecté d'aspiration	[19-21, 26]
- ne sont pas concluants pour déterminer un plan adéquat de traitement	[26]
- ne sont pas cohérents avec les signes et symptômes du patient	[39]
- ne permettent pas de déterminer l'innocuité et l'efficacité de la déglutition	[37, 39, 46]
Si besoin d'une sonde d'alimentation ou d'une modification de la diète pendant trois jours	[19-21]
Pour confirmer un diagnostic suspecté ou aider à formuler un diagnostic différentiel	[39, 46, 51]
Si'il y a un problème nutritionnel ou pulmonaire qui pourrait être expliqué par un diagnostic de dysphagie oropharyngée	[39, 46]
Pour préciser	
- l'information nécessaire afin de guider le traitement	[13, 39, 46, 51]
- l'anatomie et la physiologie de la déglutition	[13, 45, 46, 51]
- l'efficacité des techniques compensatoires et de rééducation	[13, 51]
- la présence et la cause des aspirations et des résidus	[51]
Si le patient a une condition médicale associée à un risque élevé de dysphagie (neurologique, pulmonaire, etc.)	[39, 46]
Si le patient a une condition qui empêche la réalisation d'une évaluation clinique complète (p. ex. : déficit cognitif ou de communication)	[39, 46]
<b>L'évaluation instrumentale est non indiquée ou peut être inappropriée</b>	<b>Références</b>
Si l'évaluation clinique n'a pas révélé de dysphagie	[39]
Si les résultats de l'évaluation clinique suggèrent une dysphagie mais incluent un ou plusieurs de ces items :	
- le patient est trop instable pour tolérer l'évaluation instrumentale	[39, 46]
- le patient est incapable de coopérer ou de participer à l'examen	[39, 46]
- le résultat de l'évaluation instrumentale ne changera pas le plan de prise en charge	[39, 46]

Selon les documents retenus, l'évaluation instrumentale peut inclure la vidéofluoroscopie ou l'endoscopie par fibre optique. Le VA/DoD et le SIGN soulignent que c'est au clinicien de choisir la technique la plus appropriée en fonction du type de patient et des ressources disponibles [13, 25]. En Australie, la *National Stroke Foundation* (NSF) indique qu'il n'y a pas de critères reconnus pour déterminer quand une vidéofluoroscopie est requise [22]. Selon les auteurs de ce guide de pratique, des politiques locales devraient être élaborées en tenant compte des ressources disponibles [22]. Les indications et contre-indications relatives à la vidéofluoroscopie et à l'endoscopie par fibre optique sont présentées au Tableau 6. On constate que plusieurs éléments peuvent orienter le choix vers la vidéofluoroscopie ou l'endoscopie par fibre optique selon la condition du patient. Par exemple, la présence chez un patient de certains diagnostics ou signes cliniques de nature neurologique mènerait à opter pour la vidéofluoroscopie alors que la suspicion d'une dysphagie d'origine obstructive conduirait à choisir l'endoscopie par fibre optique. En 1998, la *Canadian Association of Gastroenterology* (CAG) soulignait que ni l'endoscopie par fibre optique, ni la vidéofluoroscopie étaient appropriées à toutes les situations pour évaluer la

dysphagie, qu'elles n'étaient pas interchangeables mais bien souvent complémentaires [44]. Selon cette association, la vidéofluoroscopie pourrait être plus utile pour évaluer la dysmobilité œsophagienne, notamment en cas de dysphagie oropharyngée, alors que l'endoscopie serait plus susceptible d'être utile pour établir un diagnostic chez les patients ayant des antécédents suggérant une obstruction mécanique [44]. Selon un guide de pratique publié par un consortium réunissant la Société Française de Radiologie, la Société Française de Biophysique et de Médecine Nucléaire, la Direction Générale de la Sûreté Nucléaire et de la Radioprotection et l'Agence Nationale d'Accréditation et d'Évaluation en Santé, la vidéofluoroscopie serait indiquée dans des cas de dysphagie oropharyngée [55]. Lorsque les troubles de la déglutition sont prépondérants, il serait approprié d'effectuer une étude de la déglutition barytée. Les auteurs de ce guide mentionnent que l'endoscopie devrait être réalisée en première intention chez les patients dysphagiques. La vidéofluoroscopie pourrait être utile ultérieurement pour montrer des anomalies du péristaltisme ou des sténoses discrètes, inapparentes en endoscopie.

**TABLEAU 6. INDICATIONS ET CONTRE-INDICATIONS DE LA VIDÉOFLUOROSCOPIE ET DE L'ENDOSCOPIE PAR FIBRE OPTIQUE**

Vidéofluoroscopie		Endoscopie par fibre optique	
Indications	Références	Indications	Références
<b>Diagnostics</b>		<b>Diagnostics</b>	
- dysphagie oropharyngée	[32, 33, 55]	- dysphagie progressive faisant suspecter une origine obstructive	[27]
- dysphagie rétrosternale	[32]	- dysphagie chez un patient immunosupprimé	[27]
- patients à haut risque d'aspiration en fonction des résultats de l'évaluation clinique, du site de l'AVC (p. ex. : du tronc cérébral) ou d'autres caractéristiques cliniques (p. ex. : AVC multiples)	[14, 17, 34, 53]	<b>Signes cliniques</b>	
- infections respiratoires suspectées ou récurrentes	[14, 33]	- signes ou symptômes de dysphagie pharyngée	[43]
- désordre neurologique	[33]	- qualité vocale anormale	[43]
- myopathie (pharynx ou œsophage cervical)	[33]	- douleur à la déglutition	[43]
- tumeur (langue, pharynx, larynx, région rétropharyngienne)	[33]	- difficulté à avaler la salive et/ou les sécrétions	[43, 52]
		- hypernasalité ou régurgitation nasale	[43]
		- risque élevé d'aspiration	[52]
<b>Signes cliniques</b>		<b>Autres</b>	
- pénétration laryngée suspectée	[53]	- besoin de visualisation de l'hypopharynx ou du pharynx pour l'éducation/réhabilitation	[43, 52]
- toux/signes évidents d'étouffement ou d'une voix mouillée ou rauque après avoir bu	[14, 33]	- suspicion d'une sensation laryngopharyngée altérée	[52]
- problèmes à maintenir une hydratation et des apports nutritionnels adéquats	[14]	- intolérance au baryum, problématique de sécurité avec la radiation (p. ex. : femmes enceintes)	[43]
- patient sous ventilateur	[33]	- difficulté à transporter le patient en radiologie	[43]
		- mesurer les effets de la fatigue ou d'une intervention	[52]
		- patient médicalement instable	[52]
		- patient incapable de s'asseoir	[52]
		- accès limité aux services de radiologie	[43]
<b>Contre-indications</b>	<b>Références</b>	<b>Contre-indications</b>	<b>Références</b>
- grossesse	[53]	- agitation et difficulté à coopérer lors de la procédure	[43]
- instabilité médicale (p. ex. : somnolence, ventilation portable impossible)	[53]	- désordre cardiaque, antécédents de choc vagal	[43]
- difficulté à maintenir une position stable appropriée	[41, 53]	- troubles graves du mouvement	[43]
- difficulté à coopérer avec la procédure	[53]	- troubles hémorragiques graves ou saignements de nez graves récents	[43]
- réaction indésirable antérieure/suspectée avec les produits de contraste	[41, 53]	- traumatisme récent de la cavité nasale ou des tissus environnants	[43]
- NPO pour une raison autre que la dysphagie	[53]	- obstruction nasale latérale	[43]

**NPO** : *nil per os*

## **Vidéo fluoroscopie**

Certains des guides retenus ont précisé des éléments relatifs à la réalisation d'une vidéo fluoroscopie en ce qui a trait aux intervenants à impliquer, aux procédures en elles-mêmes et à l'interprétation des résultats (Tableau 7).

### *Intervenants impliqués*

Selon deux organisations, l'une aux États-Unis [41] et l'autre au Royaume-Uni [53], la présence d'un radiologiste ne serait pas obligatoire lors de l'examen [41, 53]. Dans ces circonstances, des mesures devraient être mises en place pour assurer un accès à des soins médicaux ou à d'autres formes de soutien en cas de complication selon le *Royal College of Speech and Language Therapists* (RCSLT) [53]. L'ASHA mentionne cependant que dans la pratique actuelle, la plupart des vidéo fluoroscopies sont effectuées par un orthophoniste conjointement avec un radiologiste [41]. Cette coopération créerait un environnement dans lequel l'orthophoniste se concentre sur la physiologie et le fonctionnement de la déglutition et le radiologiste, sur le diagnostic médical lié à l'anatomie. Les deux associations canadiennes d'orthophonistes encouragent aussi qu'un radiologiste soit présent lors de la vidéo fluoroscopie [45, 46]. Selon l'ACOA, il y aurait une tendance à ce que les orthophonistes réalisent la vidéo fluoroscopie avec les techniciens en radiologie sans la présence du radiologiste. Dans ce modèle, il est cependant fortement suggéré que les orthophonistes demandent la contribution des radiologistes pour l'identification et la documentation de toute anomalie anatomique suspectée [45]. Selon les normes et lignes directrices de pratique en Ontario du CASLPO, il est interdit pour un orthophoniste de faire une vidéo fluoroscopie sans la présence d'un membre du personnel en radiologie [46]. L'orthophoniste doit en effet collaborer avec un professionnel de la santé réglementé qui a reçu la formation appropriée et qui est autorisé à utiliser des appareils de radioscopie/fluoroscopie [46]. L'*American College of Radiology* (ACR) mentionne quant à lui que cet examen peut être effectué par un médecin dans le cadre d'une évaluation diagnostique ou par un médecin et un orthophoniste lorsque la vidéo fluoroscopie est effectuée à la fois pour le diagnostic et l'évaluation, afin de guider le traitement pour prévenir l'aspiration lors de la déglutition [33]. Enfin, plusieurs des organisations identifiées mentionnent que les vidéo fluoroscopies doivent être exécutées par du personnel compétent et adéquatement formé [25, 33, 41, 45, 46, 49, 51].

### *Procédures*

Plusieurs guides de pratique soulignent qu'il faut faire varier en cours d'examen la taille des bolus, la texture et le positionnement du patient afin de faciliter une visualisation optimale des structures oropharyngées et laryngées et leur fonctionnement lors de la déglutition. Les effets des manœuvres compensatoires sur le transport du bolus lors de la déglutition peuvent aussi être étudiés. Selon l'ASHA, il n'y pas de protocole standard pour la réalisation de la vidéo fluoroscopie parce que la présentation des bolus doit être guidée par la performance, le risque d'aspiration, les anomalies observées et la tolérance du patient [41]. Selon cette association américaine, il est essentiel que le clinicien considère la médication et les horaires de prise de médicaments du patient. Certains médicaments peuvent améliorer la capacité de la déglutition ou interférer à la fois avec la déglutition oropharyngée et l'appétit d'un individu, ce qui peut influencer sa performance au cours de la vidéo fluoroscopie. Enfin, selon l'ACR, l'examen devrait prendre fin prématurément si le patient démontre de graves aspirations et ne répond pas aux manœuvres protectrices [33]. L'enregistrement dynamique de la vidéo fluoroscopie semble faire consensus entre les guides de pratique.

### *Interprétation des résultats*

Peu d'informations sont disponibles dans les guides de pratique retenus quant aux façons d'interpréter les résultats de la vidéo fluoroscopie. Il convient de garder à l'esprit que la vidéo fluoroscopie fournit un instantané de la fonction de déglutition et que des variations peuvent être présentes dans le contexte de la vie courante. Certaines organisations soulignent que des critères standards doivent être établis pour l'interprétation des résultats [25, 53] et qu'une échelle de gravité devrait être utilisée [15, 53]. L'échelle de huit points de Rosenbek [57] est proposée dans deux de ces guides [15, 53]. Cette échelle évalue le niveau d'invasion des voies respiratoires et le type de réponse du larynx au bolus.

Le RCSLT recommande l'adoption d'un protocole standardisé pour guider la procédure ainsi que pour fournir un outil d'interprétation et de formation au personnel [53]. Selon ce groupe, plusieurs facteurs peuvent influencer l'interprétation inter-évaluateur et intra-évaluateur comme la qualité de l'image, la qualité des enregistrements vidéo en temps réel comparativement à la visualisation directe, le manque d'information clinique, l'évaluation instrumentale réalisée seule ou en équipe, l'absence de consensus sur la méthode d'évaluation, le niveau d'expérience des évaluateurs et la vitesse de déglutition des liquides. La fiabilité des observations subjectives lors de l'évaluation pourrait être améliorée de différentes façons incluant des discussions en équipe pour parvenir à un consensus, une formation dispensée par un praticien

expérimenté pour améliorer le niveau d'accord inter-évaluateur et l'utilisation de l'échelle de Rosenbek. Toujours selon le RCSLT, la mise en place de réseaux locaux de praticiens expérimentés en vidéofluoroscopie pourrait permettre l'obtention d'une meilleure fiabilité inter-évaluateur et l'exactitude de l'interprétation [53]. De même, la mise en place de sous-groupes de praticiens spécifiques à des spécialités distinctes, par exemple les cancers de la tête et du cou, pour interpréter l'anatomie et la physiologie devrait être envisagée [53].

**TABLEAU 7. ÉLÉMENTS À CONSIDÉRER POUR LA RÉALISATION D'UNE VIDÉOFLUOROSCOPIE**

Recommandations	Références
<b>Intervenants impliqués</b>	
- nutritionniste lorsque la loi le permet	[47]
- médecin spécialiste + nutritionniste	[50]
- orthophoniste peut réaliser la procédure seul ou conjointement avec un médecin	[40-42, 49]
- peut être réalisée en collaboration avec un orthophoniste	[32, 33, 44, 46, 55]
- équipe multidisciplinaire : orthophoniste + radiologiste + technicien en radiologie	[33]
- peut être réalisée sans la présence d'un radiologiste	[41, 53]
- orthophoniste ne devrait pas faire de vidéofluoroscopie seul. Il est préférable qu'un radiologiste soit présent	[45]
- un membre approprié du personnel en radiologie doit être présent	[46]
<b>Procédures à suivre</b>	
Protocole normalisé	[46]
Position du patient :	
- assis, debout, couché sur le côté ou sur le dos, incliné	[33, 41]
- vidéofluoroscopie débute généralement avec une vue latérale du patient mais peut aussi être faite dans une vue oblique ou antérieure-postérieure	[33, 41]
Texture du bolus :	
- faire varier durant la vidéofluoroscopie	[33, 41]
- jugement clinique nécessaire pour déterminer l'ordre de présentation des bolus ainsi que d'éventuelles modifications ou l'arrêt de la procédure si la personne semble incapable de protéger ses voies aériennes	[41]
Évaluations à réaliser :	
- identifier au départ les structures au repos	[33, 41]
- évaluer les effets des modes de présentation sur la déglutition (administré par le clinicien ou le donneur de soins, autoadministré, déglutition spontanée vs commandée, alternance solide-liquide)	[41]
- évaluer la physiologie et la coordination de la déglutition	[33, 34, 41]
- identifier et interpréter l'impact d'une déglutition anormale (pénétration, aspiration, résidus)	[33, 41]
- évaluer les effets de la posture, des manœuvres compensatoires et de la stimulation sensorielle pour améliorer la sécurité et l'efficacité de la déglutition (dépendent de l'âge et de la capacité du patient)	[33, 41]
- évaluer les facteurs qui influencent l'efficacité des stratégies d'intervention (p. ex. : fatigue, motivation)	[41]
Suivi des effets indésirables en cours d'examen	[41]
Enregistrement dynamique de la vidéofluoroscopie	[33, 41, 45, 46, 53, 55]
<b>Interprétation des résultats</b>	
Critères standards doivent être établis pour l'interprétation des résultats	[25, 53]
Utiliser une échelle pour évaluer la gravité des problèmes de déglutition. L'échelle de pénétration-aspiration de Rosenbek [57] est proposée.	[15, 53]



### **Endoscopie par fibre optique**

L'évaluation endoscopique de la déglutition est utilisée pour identifier les signes et les symptômes de la dysphagie au niveau du nasopharynx et du pharynx. Selon le RCSLT, l'endoscopie ne remplace pas la vidéofluoroscopie ou toute autre évaluation instrumentale de la dysphagie et ne doit pas être envisagée en fonction des ressources disponibles, mais plutôt selon des indications cliniques [52]. Les éléments à considérer pour la réalisation d'une endoscopie par fibre optique selon différentes organisations sont présentés au Tableau 8.

#### *Intervenants impliqués*

Un minimum de deux professionnels serait requis pour la réalisation de la procédure endoscopique [52]. Selon le CASLPO [46], le RCSLT [52] et l'*American Academy of Otolaryngology-Head and Neck Surgery* (AAO-HNSF) [31], la présence d'un médecin ne serait pas obligatoire. Le CASLPO souligne en effet qu'en Ontario, un orthophoniste peut effectuer l'examen en collaboration avec un médecin ou si l'acte lui a été délégué par un médecin (habituellement un oto-rhino-laryngologiste (ORL)) [46]. Le RCSLT mentionne que, en l'absence d'un médecin lors de l'examen, on devrait s'assurer d'avoir facilement accès à des ressources médicales pour fournir des soins d'urgence en cas de complications [52]. Cette organisation signale également qu'un ORL devrait être présent lorsque l'endoscopie est effectuée chez des patients à haut risque de complications [52]. De même, en raison de la nature invasive de la procédure, les orthophonistes impliqués dans cet examen doivent suivre une formation régulière en secourisme et en réanimation cardiorespiratoire [52]. L'équipement et le personnel appropriés doivent être disponibles sur place pour intervenir en cas de réactions indésirables pendant l'examen [46, 52]. Enfin, selon l'énoncé de prise de position de l'AAO-HNSF, l'évaluation endoscopique doit être effectuée par un médecin qualifié ou un professionnel de la santé qualifié et formé pour la réalisation de cette procédure [31]. L'AAO-HNSF souligne que les professionnels doivent avoir les connaissances, les compétences et la formation adéquates pour effectuer la procédure en toute sécurité. Selon cet organisme, les résultats doivent toutefois être interprétés par un médecin.

#### *Procédures*

L'ASHA ne propose pas de protocole standard car la présentation des bolus devrait être guidée par le risque d'aspiration, les anomalies, la tolérance et la fatigue du patient de même que par le jugement clinique [43]. La procédure endoscopique peut être réalisée en position assise ou au chevet avec une élévation appropriée de la tête [43]. Parallèlement, le CASLPO souligne qu'il importe de suivre un protocole normalisé bien qu'il n'en précise pas le contenu [46]. Une attention particulière devrait être apportée lors de l'application de l'anesthésique local afin de ne cibler que les voies nasales et non le pharynx. D'ailleurs, le RCSLT mentionne que l'anesthésie nasale topique ne devrait pas être systématiquement utilisée afin de ne pas affecter les aspects sensoriels de la déglutition [52].

#### *Interprétation des résultats*

Tout comme pour la vidéofluoroscopie, des critères standards devraient être établis pour l'interprétation des résultats [25]. Le RCSLT suggère l'utilisation d'échelles pour évaluer la gravité des problèmes de déglutition (p. ex. : échelle de Rosenbek [57], échelle de Murray [58]).



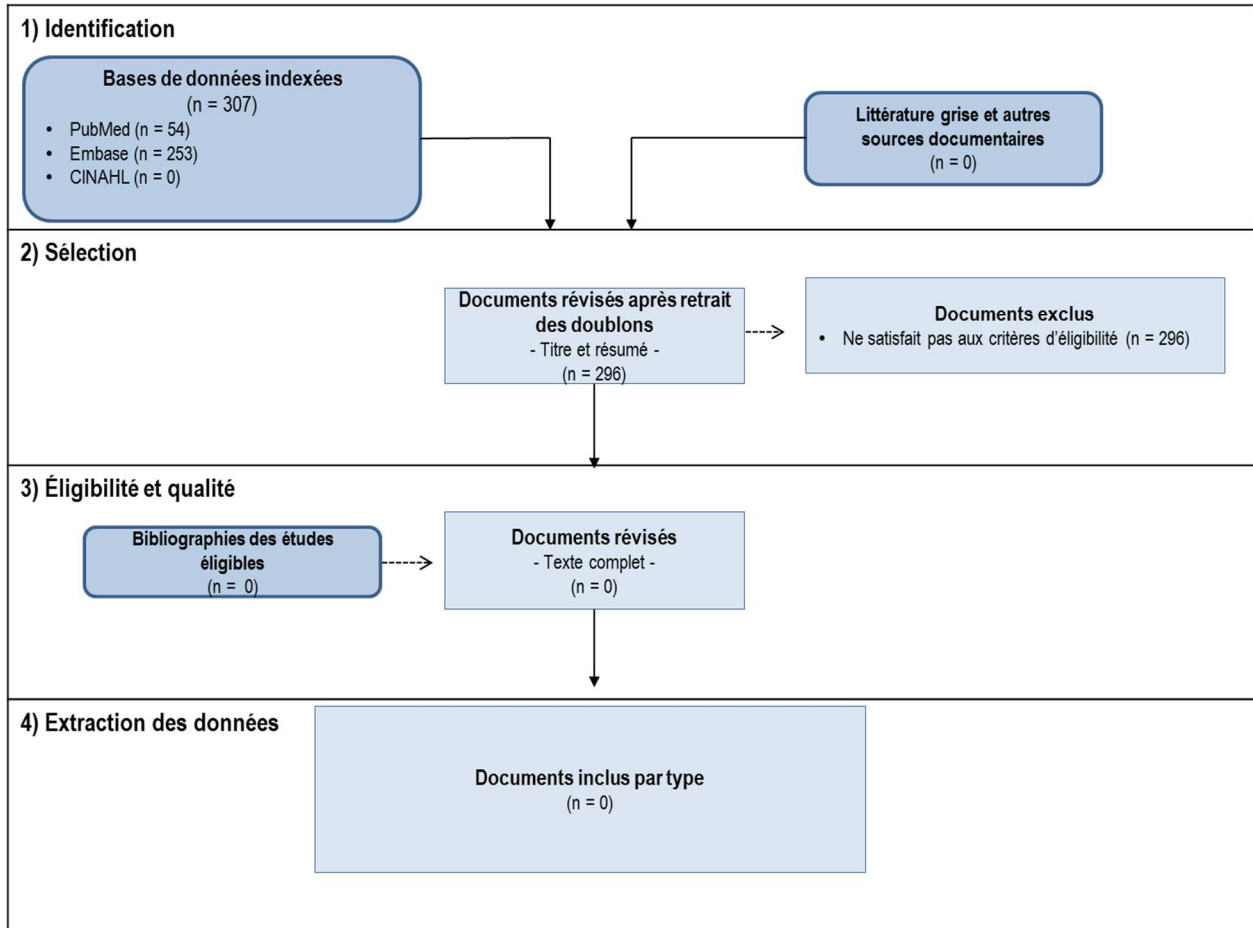
**TABLEAU 8. ÉLÉMENTS À CONSIDÉRER POUR LA RÉALISATION D'UNE ENDOSCOPIE PAR FIBRE OPTIQUE**

Recommandations	Références
<b>Intervenants impliqués</b>	
- nutritionniste lorsque la loi le permet	[47]
- médecin spécialiste + nutritionniste	[50]
- orthophoniste	[43]
- acte réservé aux médecins et orthophonistes	[45]
- orthophoniste en collaboration avec un médecin ou seul si l'acte lui a été délégué par un médecin	[46]
- minimum de 2 personnes requises (2 orthophonistes ou 1 orthophoniste + 1 médecin)	[52]
- médecin peut ou non être présent	[31, 46, 52]
- ORL devrait être présent si patients à haut risque (troubles du mouvement graves, fracture (base du crâne, visage), histoire de saignements de nez graves, tumeur sinonasale ou de la base antérieure du crâne, sténose du nasopharynx)	[52]
<b>Procédures à suivre</b>	
Protocole normalisé	[46]
Position : assis ou au chevet du patient avec une élévation appropriée de la tête	[43]
Anesthésie nasale topique	
- seulement dans les voies nasales et non dans le pharynx	[43]
- au besoin. L'utilisation systématique n'est pas recommandée car peut affecter les aspects sensoriels de la déglutition	[52]
Consistance, viscosité et volume des bolus doivent représenter l'éventail des possibilités jugées appropriées	[43]
Évaluations à réaliser avant le bolus	
- identifier les structures anatomiques et la physiologie (observation du pharynx, de la fermeture vélopharyngienne, présence de sécrétions, présence de mouvements anormaux au repos, fréquence de déglutition)	[43, 52]
Évaluations à réaliser après le bolus	
- méthodes et vitesse de présentation des aliments doivent varier en fonction des patients et du jugement clinique	[43]
- observation du segment pré-déglutition	[43]
- observation du segment post-déglutition	[43]
- identifier et interpréter l'impact d'une physiologie anormale de déglutition (pénétration, aspiration, résidus)	[43, 52]
- observation de la présence de toux ou de l'expulsion	[43]
- signes de fatigue	[52]
- évaluer les effets de la posture, des manœuvres compensatoires et de la stimulation sensorielle	[43, 52]
- évaluer les effets du changement de la viscosité et du volume du bolus	[43]
Enregistrement de la procédure	[52]
<b>Interprétation des résultats</b>	
Des critères standards doivent être établis pour l'interprétation des résultats	[25]
Des échelles peuvent être utilisées pour évaluer la gravité de la dysphagie (p. ex. : échelles de Rosenbek [57], de Murray [58])	[52]

## 5.2 Résultats de la recherche documentaire portant sur les modèles d'organisation

La stratégie de recherche utilisée pour la recension des documents portant sur des modèles d'organisation a permis de répertorier 296 documents différents. Cependant, aucun ne rencontrait les critères d'éligibilité du présent projet dont la comparaison de l'impact de différents modèles d'organisation pour l'évaluation de la dysphagie. Le diagramme du processus de sélection des documents est présenté à la Figure 3.

FIGURE 3. PROCESSUS DE SÉLECTION DES DOCUMENTS



### 5.3 Résultats de l'enquête

Une enquête par questionnaire a été réalisée entre le 19 février et le 1<sup>er</sup> mai 2015. Des répondants provenant de cinq établissements, soit le CHU de Québec (données colligées pour ses cinq hôpitaux), le CHUS, l'IUCPQ, l'IUGM et le CHUM, ont participé à l'enquête. Les répondants sont principalement des orthophonistes, des nutritionnistes et/ou des ergothérapeutes. Les pratiques relatives au dépistage, à l'évaluation clinique et à l'évaluation instrumentale de la dysphagie auprès de la clientèle hospitalisée sont présentées ci-après.

#### 5.3.1 Dépistage de la dysphagie

Les pratiques en cours relatives au dépistage de la dysphagie sont résumées au Tableau 9. On constate que le dépistage de la dysphagie au chevet du patient est réalisé par l'ensemble des établissements sondés. Même si tous les professionnels peuvent y participer, c'est principalement l'infirmière de chevet qui est impliquée dans le dépistage de la dysphagie. Six répondants sur neuf mentionnent procéder à un dépistage systématique de la dysphagie pour certaines clientèles. La clientèle ayant subi un AVC est la plus fréquemment ciblée par ce type de dépistage. Certains centres desservant des clientèles particulières comme les TCC, l'ORL/oncologie et les soins critiques, ont aussi mis en place des procédures systématiques d'évaluation pour ces dernières. Diverses méthodes sont utilisées pour procéder au dépistage de la dysphagie, incluant le test de la gorgée d'eau, des outils maison et/ou des outils standardisés comme le SSS modifié et le *Screening Tool for Acute Neurological Dysphagia* (STAND)<sup>1</sup>. Par ailleurs, aucun centre n'a mis en place de procédure de dépistage systématique pour les personnes hospitalisées sur les unités de gériatrie ou de médecine.

Certains facilitateurs et barrières reliés à la réalisation du dépistage de la dysphagie chez les adultes hospitalisés ont été identifiés. Les facilitateurs les plus souvent mentionnés font référence à la formation du personnel qui aide les professionnels dans la prise en charge de la dysphagie et au déploiement systématique d'outils standardisés de dépistage pour le personnel infirmier. Les barrières suivantes ont été soulevées :

- Manque de formation des préposés aux bénéficiaires (n = 1);
- Manque de formation des infirmières (n = 4);
- Manque de temps du personnel infirmier (n = 2);
- Absence de dépistage systématique ou d'outils de dépistage standardisés (n = 2);
- Cas plus complexes avec conditions associées rendant le dépistage difficile à réaliser (n = 2);
- Manque de communication lors de l'admission à l'étage pour savoir si le dépistage a été réalisé (n = 1);
- Signes et symptômes de dysphagie ne sont pas connus par tous (n = 1);
- Critères de référence qui ne sont pas implantés sur toutes les unités de soins et patients à risque qui ne sont pas référés d'emblée. Certains patients qui devraient être évalués ne le sont donc pas (n = 1).

---

<sup>1</sup> Les outils de dépistage utilisés au CHU de Québec peuvent être fournis sur demande.

**TABLEAU 9. SYNTHÈSE DES RÉSULTATS DE L'ENQUÊTE PORTANT SUR LE DÉPISTAGE DE LA DYSPHAGIE AUPRÈS DE LA CLIENTÈLE HOSPITALISÉE**

Établissements	CHU de Québec					CHUS	IUCPQ	IUGM	CHUM
	CHUL	HEJ	HSFA	HSS	L'HDQ				
<b>Dépistage systématique de la dysphagie pour certaines clientèles</b>									
AVC		√			√	√		√	√
TCC/BM		√ <sup>1</sup>							
Gériatrie/Médecine									
ORL/Oncologie					√				
Soins intensifs	√	√			√	√			
Autres					chir. digestive			SLD	
<b>Outils de dépistage utilisés par type de clientèle</b>									
AVC	gorgée d'eau+ obs. repas	SSS <sub>m</sub> <sup>2</sup>	OM <sup>2</sup> + obs. repas	OM	OM + gorgée d'eau	OM <sup>2</sup> + algo	OM + obs. repas	OM	STAND <sup>2</sup>
TCC/BM		SSS <sub>m</sub> <sup>1,2</sup>							
Gériatrie/Médecine	gorgée d'eau+ obs. repas		OM <sup>2</sup> + obs. repas	OM			OM + obs. repas	OM	
ORL/Oncologie	gorgée d'eau+ obs. repas		OM <sup>2</sup> + obs. repas		OM + gorgée d'eau		OM + obs. repas	OM	
Soins intensifs		Algo			gorgée d'eau	OM <sup>2</sup> + algo			
<b>Professionnels impliqués</b>									
Ergothérapeute	√						√		√
Infirmière	√	√	√	√	√	√	√	√	√ <sup>3</sup>
Médecin	√				√				√
Nutritionniste	√		√	√	√		√		√
Orthophoniste	√		√		√				√
Préposé aux bénéficiaires	√				√			√	
Autre(s)	Physio. TS								

**Chir.** : chirurgie; **TCC/BM**: traumatisme crano-cérébral/blessé médullaire; **SSS<sub>m</sub>**: *Standardised Swallowing Screen* modifié; **OM**: outil maison; **obs.** : observation; **algo**: algorithme maison; **STAND** : *Screening Tool for Acute Neurological Dysphagia*; **SLD** : Soins de longue durée;

**Physio.** : physiothérapeute; **TS** : travailleur social

<sup>1</sup> seulement pour TCC.

<sup>2</sup> inclusion d'un test de la gorgée d'eau.

<sup>3</sup> seule à réaliser le STAND.

### 5.3.2 Évaluation clinique de la dysphagie

Les pratiques en cours relatives à l'évaluation clinique de la dysphagie sont résumées au Tableau 10. Dans tous les cas, on remarque que l'évaluation clinique de la dysphagie est effectuée en utilisant des outils maison<sup>2</sup>. Au total, 78 % des répondants utilisent à l'occasion des échelles de gravité de la dysphagie, standardisées ou développées localement. Enfin, tous les établissements sondés mentionnent que les évaluations cliniques de la dysphagie sont réalisées par plus d'un professionnel. De façon générale, deux grandes tendances se dégagent : la réalisation d'une évaluation par un ergothérapeute et un nutritionniste ou encore par un orthophoniste et un nutritionniste auquel peut occasionnellement se joindre un ergothérapeute lorsqu'il y a des problèmes de posture, d'autonomie et/ou de comportement. Seul l'IUGM réalise les évaluations cliniques avec la participation à la fois de l'ergothérapeute, de l'orthophoniste et du nutritionniste. Dans l'ensemble des établissements, on constate que le nutritionniste participe à l'évaluation clinique.

L'évaluation clinique réalisée de façon conjointe par deux professionnels est le principal facilitateur rapporté par plusieurs répondants (n = 4). Cette façon de faire permet de partager les expertises de chacun, de favoriser un meilleur partage des tâches, d'arriver à des conclusions plus complètes et de transmettre adéquatement l'information au personnel soignant. Toutefois, des barrières à l'évaluation clinique ont aussi été identifiées :

- Confusion dans les rôles et les responsabilités de chaque professionnel (n = 4);
- Difficulté de planifier un horaire conjoint pour les professionnels (n = 4);
- Communication et outils de répartition des tâches insuffisants entre les divers professionnels impliqués (n = 2);
- Disparité dans les références (p. ex. : médecins réfèrent à l'orthophoniste ou à la nutritionniste) (n = 2);
- Manque de professionnels pour évaluer la clientèle (n = 1).

**TABLEAU 10. SYNTHÈSE DES RÉSULTATS DE L'ENQUÊTE PORTANT SUR L'ÉVALUATION CLINIQUE DE LA DYSPHAGIE AUPRÈS DE LA CLIENTÈLE HOSPITALISÉE**

Établissements	CHU de Québec					CHUS	IUCPQ	IUGM	CHUM
	CHUL	HEJ	HSFA	HSS	L'HDQ				
<b>Éléments inclus dans les outils maison d'évaluation clinique utilisés</b>									
État respiratoire	√	√	√	√	√	√	NR	√	√
Structures anatomiques et mobilité	√	√	√	√	√	√	NR	√	√
Évaluation de la parole	√		√		√	√	NR	√	√
Réflexes de déglutition, de toux	√	√	√	√	√	√	NR	√	√
Sensibilité (palais, lèvre, langue)	√	√	√	√	√	√	NR	√	√
Essai alimentaire ou gorgée d'eau	√	√	√	√	√	√	NR	√	√
<b>Échelles de gravité utilisées</b>	OM	DOSS	OM	DOSS	FOSS RTOG	OM	aucune	aucune	Cité de la santé
<b>Professionnels impliqués dans l'évaluation clinique</b>									
Ergothérapeute		√		√		√ <sup>3</sup>	√ <sup>2</sup>	√	√ <sup>3</sup>
Inhalothérapeute								√ <sup>3</sup>	
Médecin					ORL/RO	ORL/RO		√	
Nutritionniste	√	√	√	√	√	√ <sup>1</sup>	√ <sup>2</sup>	√	√
Orthophoniste	√		√		√	√ <sup>1</sup>		√	√

**NR** : non rapporté; **OM** : outil maison du Centre hospitalier universitaire de Québec (CHUQ); **DOSS** : *Dysphagia Outcome and Severity Scale*; **FOSS** : *functional outcome swallowing scale*; **RTOG** : échelle du *Radiation Therapy Oncology Group*; **RO** : radio-oncologue

<sup>1</sup> évaluation conjointe surtout à l'unité des soins intensifs. Évaluation individuelle, puis discutée en équipe pour le plan d'intervention.

<sup>2</sup> idéalement de façon conjointe.

<sup>3</sup> lorsqu'il y a des problèmes de posture, d'autonomie et/ou de comportement.

<sup>2</sup> Les outils d'évaluation clinique utilisés au CHU de Québec peuvent être fournis sur demande.

### 5.3.3 Évaluation instrumentale de la dysphagie

Les résultats de l'enquête relatifs à l'évaluation instrumentale de la dysphagie sont présentés au Tableau 11. Les répondants des différents établissements estiment qu'entre 10 et 25 % des patients ayant bénéficié d'une évaluation clinique sont référés pour une évaluation instrumentale. Seul le CHUM rapporte une proportion estimée variant entre 40 et 50 %, et ce, pour les patients spécifiquement en soins critiques ou en pneumologie.

Tous les répondants ont mentionné utiliser la vidéofluoroscopie, la cinédéglutition ou la gorgée barytée pour procéder à l'évaluation instrumentale de la dysphagie alors que l'endoscopie serait utilisée par huit des neuf (89 %) hôpitaux et établissements sondés. Dans l'ensemble, une proportion plus importante des évaluations instrumentales est réalisée à l'aide d'une méthode impliquant la vidéofluoroscopie (75 à 100 %) comparativement à la FEES (1 à 25 %). On observe au Tableau 11 que plusieurs clientèles sont visées par ces examens et que les critères qui déterminent la réalisation de la vidéofluoroscopie ou de la FEES varient d'un milieu à l'autre.

La majorité des répondants (67 %, n = 6) rapportent utiliser un protocole standardisé pour la réalisation de la vidéofluoroscopie. Parmi ceux qui ont fourni ce protocole (n = 3), on remarque que les mêmes éléments sont évalués lors de l'examen. Ceux-ci incluent une évaluation des phases orales préparatoires, de transport, pharyngée et œsophagienne. Des informations portant sur l'aspiration, la pénétration, la toux et les manœuvres compensatoires sont également collectées. Dans certains milieux, des professionnels œuvrant dans le domaine de la dysphagie étaient en cours de certification (CHUL, HSFA, CHUS) ou avaient déjà leur certification MBSImP (*Modified Barium Swallow Impairment Profile*) (CHUM, CHUS). Cette formation fournit aux cliniciens un protocole normalisé pour réaliser la vidéofluoroscopie et en interpréter et communiquer les résultats de la vidéofluoroscopie.

Dans l'ensemble des établissements sondés, on note la présence de professionnels en orthophonie, en ergothérapie et/ou en nutrition lors de la réalisation de l'examen de vidéofluoroscopie. Pour deux milieux sur neuf, un seul professionnel assiste à l'examen avec des membres de l'équipe de radiologie. Pour les sept autres, l'examen est réalisé avec la participation d'au moins deux professionnels (orthophonistes, ergothérapeutes ou nutritionnistes) voire les trois selon le milieu clinique et la complexité du cas. Par ailleurs, à l'exception de l'IUGM, du CHUM et de l'HEJ, les examens de vidéofluoroscopie sont toujours réalisés en présence d'un radiologiste. À l'IUGM et au CHUM, cette pratique a été instaurée suite à une entente avec le Département de radiologie qui autorise que la vidéofluoroscopie puisse être réalisée en présence seulement d'un orthophoniste. À l'HEJ, les examens de vidéofluoroscopie sont réalisés tantôt sous la supervision d'un radiologiste et à d'autres occasions non.

Un protocole standardisé est utilisé pour la réalisation de la FEES selon 50 % des répondants. Un ORL réalise la FEES dans tous les établissements. La composition de l'équipe présente lors de cet examen varie cependant d'un milieu à l'autre mais inclut généralement un des professionnels suivants : orthophoniste, ergothérapeute ou nutritionniste. Pour un seul centre, l'examen est réalisé en présence de deux professionnels soit le nutritionniste et l'orthophoniste.

Plusieurs répondants ont mentionné que l'accès à des équipements adéquats et le fait que l'évaluation instrumentale soit réalisée de façon conjointe en impliquant plusieurs professionnels facilitaient la réalisation de ces examens. Les principales barrières soulevées sont présentées ci-dessous :

- Faible disponibilité des plateaux techniques (peu de plages horaires pour les vidéofluoroscopies) (n = 5);
- Lorsque le radiologiste n'assiste pas à l'examen, il visualise les images par la suite mais comme elles ne sont pas toutes enregistrées, il manque parfois des informations. Occasionne des délais avant la rédaction et l'accessibilité du rapport (n = 2);
- Attitudes de certains médecins qui restreignent le nombre d'essais possibles (consistances, manœuvres) (n = 1);
- Dépendance au médecin (ORL ou radiologiste) pour la réalisation de l'examen (n = 1);
- Lorsque plusieurs professionnels participent à l'évaluation instrumentale, l'information contenue dans les rapports des professionnels est parfois contradictoire (n = 1);
- Absence de protocole standard pour l'interprétation (n = 1);
- La faible fréquence des évaluations limite le développement d'une expertise par les professionnels (n = 1).

**TABLEAU 11. SYNTHÈSE DES RÉSULTATS DE L'ENQUÊTE PORTANT SUR L'ÉVALUATION INSTRUMENTALE DE LA DYSPHAGIE AUPRÈS DE LA CLIENTÈLE HOSPITALISÉE**

Établissements	CHU de Québec					CHUS	IUCPQ	IUGM	CHUM
	CHUL	HEJ	HSFA	HSS	L'HDQ				
<b>Proportion estimée de patients référés pour une évaluation instrumentale (%)</b>	10-15	10-25	25	10	10-15	10-15	NR	10-15	10-50
<b>Proportion estimée des examens réalisés (%)</b>									
Vidéoendoscopie/ciné-déglutition/gorgée barytée	95	90	90-95	95	75	98	100	90	95-99
Endoscopie (FEES)	5	10	5-10	5	25	2	0	10	1-5
<b>Vidéoendoscopie/ciné-déglutition/gorgée barytée</b>									
Clientèle visée	Toutes	Toutes	MI, gériatrie, ORL, neuro.	Gériatrie	AVC, MI, cancer ORL	Toutes	Pneumologie	Toutes	Toutes
Indications :									
<i>selon l'évaluation clinique</i>	√	√	√	√				√	√
<i>fausse route ou éliminer aspiration silencieuse</i>	√	√	√	√	√	√		√	√
<i>préciser textures ou manœuvres compensatoires</i>	√	√	√	√		√	NR	√	√
<i>endoscopie non concluante</i>					√				√
<i>pneumonie à répétition</i>	√	√	√	√	√			√	√
Utilisation d'un protocole standardisé	√	√	√			√		√	√
Professionnels pouvant être impliqués :									
<i>Nutritionniste</i>			√	√	√	√	√	√	√
<i>Orthophoniste</i>	√		√		√	√		√	√
<i>Ergothérapeute</i>		√		√		au besoin	√	√	√
<i>Technicien en radiologie</i>	√	√	√	√	√	√	√	√	√
<i>Radiologiste</i>	√	parfois	√	√	√	√	√	√	√
<b>Endoscopie (FEES)</b>									
Clientèle visée	Toutes	Toutes <sup>1</sup>	MI, gériatrie, ORL, neuro.	AVC, gériatrie	Cancer ORL, post-extubation	Cancer ORL	NA	VF difficile	ORL, soins critiques
Indications :									
<i>Préciser la pathologie ORL</i>	√	√	√	√				√	√
<i>Perte de sensibilité</i>	√	√	√			√			
<i>Patient non mobilisable/incapable de subir VF</i>	√	√	√				NA	√	√
<i>Dysphonie grave</i>	√	√		√	√	√			
<i>Difficultés pré-déglutition</i>									√
Utilisation d'un protocole standardisé	√	√	√				NA		√
Professionnels pouvant être impliqués :									
<i>Orthophoniste</i>	√		√		√	√			√
<i>Ergothérapeute</i>		√							
<i>ORL</i>	√	√	√	√	√	√	NA	√	√
<i>Nutritionniste</i>		√			√	√			
<i>Autres</i>			infirmier	infirmier	RO	RO		inhalo.	

NR : non rapporté; NA : non applicable; MI : médecine interne; neuro. : neurologie; TCC : traumatisme crânio-cérébral; VF : vidéoendoscopie; RO : radio-oncologue; inhalo. : inhalothérapeute

<sup>1</sup> patients suivis en ORL.

### 5.3.4 Concordance avec les pratiques recensées dans les guides de pratique

Dans l'objectif d'alimenter les réflexions et les discussions entourant les pratiques d'évaluation de la dysphagie au CHU de Québec, une comparaison entre les pratiques recensées dans les guides de pratique clinique a été établie avec celles implantées dans les établissements ayant répondu à l'enquête. Les résultats sont présentés au Tableau 12. Les pratiques issues des guides de pratique sont celles les plus fréquemment citées dans les publications retenues.

**TABLEAU 12. CONCORDANCE AVEC LES PRATIQUES RECENSÉES DANS LES GUIDES DE PRATIQUE**

Pratiques recensées dans la littérature [référence]	Pratiques des quatre établissements québécois sondés (n / n étab. total)	Pratiques du CHU de Québec (n / n total hôpitaux)
<b>Dépistage de la dysphagie</b>		
- Dépistage systématique en post-AVC avant de manger, de boire, de prendre un médicament par voie orale (garder NPO) [11-14, 16-25, 28-30, 34-37, 48, 54]	3/4	2/5
- Utilisation d'un outil de dépistage validé [12, 15-17, 20-24, 29, 30, 34-36]	1/4	1/5
- Réalisé par professionnel formé spécifiquement pour le dépistage [13, 14, 17, 19-25, 34-37, 48, 54]	non évalué <sup>1</sup>	non évalué <sup>1</sup>
<b>Évaluation clinique de la dysphagie</b>		
- Clientèle visée: si résultat positif au dépistage ou patient à risque élevé de dysphagie ou d'aspirations [11-13, 15-17, 19-24, 29, 34, 36, 48, 54]	non évalué <sup>1</sup>	non évalué <sup>1</sup>
- Utilisation d'un outil standardisé d'évaluation clinique ou des méthodes normalisées [15, 25, 36, 46]	4/4	5/5
- Réalisée par un professionnel formé dans la prise en charge de la dysphagie [13, 15-17, 23-25, 29, 45, 48]	non évalué <sup>1</sup>	non évalué <sup>1</sup>
- Évaluation réalisée en interdisciplinarité [46, 48]	4/4 <sup>2</sup>	5/5
- Utilisation d'une échelle pour évaluer la gravité des problèmes de déglutition [39, 40]	2/4	5/5
<b>Évaluation instrumentale de la dysphagie</b>		
Vidéoendoscopie		
utilisation d'un protocole normalisé [46]	3/4	3/5
présence du radiologiste non obligatoire [41, 53] ou encouragée [45, 46]	2/4 <sup>3</sup>	4/5 <sup>3</sup>
critères standards à établir pour l'interprétation des résultats [25, 53]	non évalué <sup>1</sup>	non évalué <sup>1</sup>
Endoscopie		
utilisation d'un protocole normalisé [45, 46]	1/3	3/5
présence du médecin non obligatoire [31, 46, 52]	3/3 <sup>3</sup>	5/5 <sup>3</sup>
critères standards à établir pour l'interprétation des résultats [25]	non évalué <sup>1</sup>	non évalué <sup>1</sup>

<sup>1</sup> critère non évalué dans le cadre de l'enquête réalisée auprès des établissements.

<sup>2</sup> un des quatre établissements rapporte que l'évaluation clinique est idéalement réalisée de façon conjointe alors qu'un autre rapporte que les évaluations sont réalisées séparément puis comparées.

<sup>3</sup> nombre d'établissements rapportant la présence du médecin lors de la réalisation des examens.

Plusieurs éléments ressortent de cette analyse et de la discussion avec les membres du groupe de travail interdisciplinaire au moment de la synthèse des connaissances. Premièrement, on constate que certaines des pratiques préconisées dans la littérature sont déjà instaurées dans l'ensemble des hôpitaux du CHU de Québec. Ce sont celles liées à l'utilisation d'un outil standardisé ou de méthodes normalisées pour l'évaluation clinique, des évaluations cliniques réalisées en interdisciplinarité et l'utilisation d'une échelle pour évaluer la gravité des problèmes de déglutition. Les outils, les méthodes et les échelles de gravité utilisés pour l'évaluation de la dysphagie varient toutefois d'un site à l'autre ayant pour conséquence possible de rendre plus difficile sinon de compromettre la comparaison des résultats lorsque les patients sont amenés à consulter dans les différents services. D'autres pratiques recensées sont établies seulement dans certains



des hôpitaux du CHU de Québec telles que la systématisation du dépistage pour la clientèle en post-AVC (HEJ, L'HDQ), l'utilisation d'outils de dépistage validés (HEJ) et l'utilisation d'un protocole normalisé lors de l'évaluation instrumentale (CHUL, HEJ, HSFA).

Comme on le constate au Tableau 12, la vidéofluoroscopie dans les établissements québécois sondés n'est pas toujours réalisée en présence d'un radiologiste bien qu'un professionnel de la santé soit toujours présent (nutritionniste, orthophoniste, ergothérapeute). Toutefois, il n'y avait pas de consensus à ce sujet dans la littérature puisque la présence d'un radiologiste est soit encouragée, soit facultative. Enfin, on remarque que les pratiques du CHU de Québec sont globalement similaires à celles observées dans les quatre autres établissements québécois sondés.

## 6. DISCUSSION

---

L'UETMIS du CHU de Québec a été sollicitée afin d'examiner les bonnes pratiques en matière d'évaluation de la dysphagie pour la clientèle adulte hospitalisée. Le présent rapport visait à identifier les recommandations des principaux organismes ainsi que les pratiques des cinq hôpitaux de l'établissement et celles d'autres établissements de santé au Québec quant à l'évaluation de la dysphagie pour cette clientèle. L'interprétation des informations tirées de la recherche documentaire, des échanges avec le groupe de travail interdisciplinaire et de l'enquête effectuée a conduit aux constats suivants.

### 6.1 L'évaluation de la dysphagie pour la clientèle hospitalisée: une trajectoire intégrant le dépistage, l'évaluation clinique et l'évaluation instrumentale

Dans un premier temps, il ressort de la recherche documentaire que les guides de pratique s'entendent quant à la pertinence de chacune des étapes nécessaires à l'évaluation de la dysphagie. En effet, aucune organisation ne questionne la trajectoire d'évaluation de la dysphagie intégrant le dépistage, l'évaluation clinique et l'évaluation instrumentale, mais toutes conviennent que la mise en œuvre de l'ensemble de la séquence d'évaluation de la dysphagie n'est pas forcément nécessaire pour tous les patients. Toutefois, on constate que les recommandations ou considérations formulées portent majoritairement sur la clientèle en post-AVC, et ce, particulièrement en ce qui a trait au dépistage de la dysphagie. La prudence est par conséquent de mise quant à la généralisation de ces observations à toute la clientèle hospitalisée. De plus, seulement 39 % (n = 11) des organisations ont rapporté leur méthode de recherche des preuves scientifiques pour l'élaboration de leurs recommandations. Les méthodes de recherche rapportées comportent en général plusieurs lacunes sur différents aspects. En effet, peu d'entre elles décrivent adéquatement les stratégies de recherche et les critères de sélection des preuves utilisés ou discutent des forces et limites des preuves recensées. Cependant, on observe peu de variation entre les recommandations ou les considérations émises par les organisations qui rapportaient ou non leurs méthodes de recherche des preuves scientifiques.

Force est de constater que plusieurs des pratiques préconisées à chacune des étapes d'évaluation de la dysphagie font consensus entre les organisations. Ainsi, les guides de pratique soulignent l'importance de la systématisation du dépistage de la dysphagie pour la clientèle en post-AVC et de l'utilisation d'outils de dépistage validés. Plusieurs outils de dépistage sont d'ailleurs identifiés par certains organismes (TOR-BSST, *Gugging Swallowing Screen*, etc.) bien qu'ils ne fassent pas l'objet de recommandations en soi. L'emploi de méthodes normalisées pour la réalisation de l'évaluation clinique semble également faire consensus. Il apparaît aussi que l'évaluation instrumentale peut inclure la vidéofluoroscopie ou l'endoscopie par fibre optique, bien que certaines contre-indications s'appliquent à chacune de ces modalités.

Il ressort également des guides de pratique et des résultats de l'enquête que la trajectoire d'évaluation de la dysphagie évoque un phénomène d'entonnoir, c'est-à-dire que seule une proportion des patients dépistés se rendra à l'évaluation clinique sur la base de certaines indications. Il en va de même pour le nombre de patients qui transiteront de l'évaluation clinique à l'évaluation instrumentale. Les résultats de l'enquête montrent d'ailleurs qu'à l'exception d'un secteur d'un établissement qui accueille une clientèle particulière, seulement 10 à 25 % des patients ayant eu une évaluation clinique sont référés pour une évaluation instrumentale.

### 6.2 Les professionnels à impliquer dans l'évaluation de la dysphagie: d'abord une question de formation et de développement des compétences

L'évaluation de la déglutition n'est pas une activité réservée à un type de professionnels de la santé selon le *Code des professions* (L.R.Q., chapitre C-26) [59]. De plus, il n'existe pas de directive claire émanant des guides de pratique recensés quant au type de professionnel qui devrait réaliser l'évaluation de la dysphagie. Il y a néanmoins consensus entre les organisations quant à l'importance que revêt l'emploi de professionnels formés en dysphagie pour la réalisation de chacune des étapes de la trajectoire d'évaluation.

Selon certaines organisations, le dépistage de la dysphagie pourrait être réalisé par des infirmières, des orthophonistes, des ergothérapeutes, des nutritionnistes ou tout autre professionnel de la santé adéquatement formé. Les résultats de l'enquête montrent d'ailleurs que plusieurs types de professionnels (p. ex. : préposés aux bénéficiaires, infirmières, médecins, autres cliniciens) sont impliqués dans le processus de dépistage de la dysphagie dans les établissements

sondés. Les infirmières ont toutefois été identifiées par les répondants comme étant les professionnelles principalement impliquées dans la réalisation du dépistage de la dysphagie auprès de la clientèle hospitalisée. Certains soulignent cependant que la formation des infirmières n'est pas optimale et reconnaissent que les signes et symptômes de la dysphagie ne sont pas connus par tous les intervenants.

Des organismes professionnels ont aussi mentionné l'intérêt de procéder aux évaluations cliniques en collaboration avec d'autres professionnels de la santé incluant des orthophonistes, des ergothérapeutes ou des nutritionnistes formés dans la prise en charge de la dysphagie. Un reflet de ces recommandations se retrouve dans l'ensemble des établissements sondés où plus d'un professionnel réalisent les évaluations cliniques de la dysphagie, en interdisciplinarité dans la majorité des cas. La nutritionniste est impliquée dans les évaluations cliniques réalisées dans tous les établissements sondés, ce qui peut s'expliquer par son rôle dans la détermination du plan de traitement nutritionnel, une activité professionnelle qui lui est réservée. L'évaluation clinique réalisée de façon conjointe par deux professionnels constitue le principal facilitateur relatif à cette étape selon certains répondants. Le partage des expertises de chacun permettrait d'arriver à un portrait plus précis de la situation et des conclusions plus complètes.

Enfin, plusieurs professionnels de la santé peuvent, selon les organismes, participer à la réalisation des évaluations instrumentales. L'emphase est plutôt mise sur la présence de professionnels qui ont les connaissances, les compétences et la formation adéquates pour exécuter les procédures. On note d'ailleurs que la composition de l'équipe qui procède à la vidéofluoroscopie varie en fonction du milieu sondé et peut inclure le nutritionniste, l'orthophoniste, l'ergothérapeute, un technicien en radiologie et/ou un radiologiste. La présence du radiologiste lors de la réalisation de la vidéofluoroscopie n'est pas obligatoire selon certains organismes. Trois répondants de l'enquête ont d'ailleurs mentionné que l'examen pouvait être réalisé sans la présence d'un médecin spécialiste. Par ailleurs, les résultats de l'enquête ont montré qu'un médecin spécialisé en ORL est toujours présent lors des examens endoscopiques dans l'ensemble des établissements puisqu'il s'agit d'ailleurs d'un acte réservé à ce groupe professionnel au Québec. L'ORL réalise habituellement la procédure avec l'aide d'un autre professionnel (p. ex. : infirmière, nutritionniste, orthophoniste, ergothérapeute ou autres cliniciens).

En somme, il appert que la formation et le développement des compétences du personnel soit un élément primordial pour assurer des services de qualité et une prise en charge optimale et sécuritaire de la dysphagie. Les établissements auraient donc avantage à contribuer au développement d'outils de formation ciblant l'ensemble des professionnels de la santé concernés par la dysphagie ainsi qu'à favoriser la collaboration professionnelle et l'interdisciplinarité dans une perspective d'efficacité pour l'organisation des services.

### **6.3 L'impact de l'organisation des services pour l'évaluation de la dysphagie pour la clientèle hospitalisée n'est pas documenté**

Tous les guides de pratique recensés reconnaissent la pertinence de l'évaluation de la dysphagie mais aucun ne se prononce sur le modèle d'organisation des services à préconiser. De plus, aucun document comparant l'impact de différents modèles d'organisation sur la qualité et la sécurité des soins n'a été recensé dans le cadre de ce projet d'évaluation. Il demeure donc de l'incertitude quant au lien à établir entre le modèle organisationnel privilégié incluant l'adoption de bonnes pratiques d'évaluation de la dysphagie et son impact sur les indicateurs comme la réduction du risque d'aspirations, de pneumonies ou de décès. D'ailleurs, il s'avère difficile d'associer un mode d'organisation des services à un changement dans l'état de santé des patients hospitalisés puisque d'autres facteurs peuvent influencer le risque de complications tels que le plan de traitement nutritionnel et la condition médicale des patients.

En somme, les balises pour l'organisation des services dans le domaine de la dysphagie en milieu hospitalier ne reposent pas sur des données probantes précises. La disponibilité des ressources professionnelles, qui est variable d'un milieu à l'autre, semble avoir été déterminante dans le choix des modèles actuels d'organisation des services pour l'évaluation de la dysphagie dans chacun des établissements.

#### **6.4 L'évaluation de la dysphagie pour la clientèle hospitalisée au CHU de Québec: des pratiques à harmoniser pour une meilleure organisation des services**

La question décisionnelle au départ de ce projet d'évaluation visait à déterminer quelles sont les bonnes pratiques à préconiser pour l'évaluation de la dysphagie pour la clientèle adulte hospitalisée. Dans l'objectif d'alimenter les réflexions et les discussions entourant l'évaluation de la dysphagie au CHU de Québec, la concordance entre les pratiques recensées dans la littérature ou identifiées dans d'autres établissements québécois et celles de l'établissement a été établie. Cet exercice, qui se voulait un outil d'aide à la prise de décision, a été présenté aux membres du groupe de travail interdisciplinaire afin de discuter des pratiques en cours et celles susceptibles d'être bonifiées.

Des échanges fructueux ont permis de mettre en lumière, dans un premier temps, que plusieurs des pratiques recensées dans la littérature en matière d'évaluation de la dysphagie sont déjà instaurées au CHU de Québec. Par exemple, l'utilisation d'un outil standardisé ou de méthodes normalisées pour procéder à l'évaluation clinique, la réalisation des évaluations cliniques en interdisciplinarité, l'utilisation d'une échelle standardisée pour évaluer la gravité des problèmes de déglutition et l'utilisation de la vidéofluoroscopie ou de l'endoscopie pour procéder à l'évaluation instrumentale sont en place dans plusieurs départements, services ou unités du CHU de Québec. Toutefois, ces procédures ne sont pas uniformes entre les cinq hôpitaux du CHU de Québec. Les membres du groupe de travail ont constaté qu'un des enjeux était la diversité de la clientèle entre les cinq hôpitaux qui pourrait expliquer en partie le manque de standardisation des pratiques tout au long de la trajectoire de services. Les pratiques divergent entre autres pour la systématisation du dépistage chez la clientèle en post-AVC, l'utilisation d'outils d'évaluation ou d'échelles de gravité de la dysphagie standardisés, les critères de référence ou les indications pour une évaluation clinique ou instrumentale, les procédures de réalisation des évaluations instrumentales. Il demeure toutefois des inconnus quant aux impacts que pourraient avoir une harmonisation éventuelle de ces pratiques sur l'accessibilité des services et la sécurité des patients.

Parmi les pratiques hétérogènes relevées au CHU de Québec, certaines d'entre elles pourraient faire l'objet d'une réflexion par les différents professionnels de la santé impliqués dans l'évaluation et la prise en charge de la dysphagie, et ce, afin de bonifier les pratiques en cours. Par exemple, il pourrait être pertinent d'envisager une systématisation du dépistage de la dysphagie pour la clientèle en post-AVC dans tous les hôpitaux afin de s'assurer qu'il est sécuritaire de permettre l'alimentation par voie orale pour ces patients. Puisque la formation du personnel susceptible de procéder au dépistage de la dysphagie et de maintenir à jour les compétences de chacun représente un défi important, une piste de solution pourrait être de prendre exemple sur le modèle implanté à l'HEJ, où des infirmières sont formées pour faire le dépistage de la dysphagie pour la clientèle post-AVC hospitalisée. Celles-ci se déplacent sur les unités ou départements pour les patients en post-AVC. Il y a également lieu de se questionner si d'autres clientèles hospitalisées pourraient bénéficier d'une systématisation du dépistage de la dysphagie (p. ex. : TCC, gériatrie). Aussi, il serait souhaitable de favoriser une harmonisation des outils ou des méthodes normalisées utilisés pour le dépistage de la dysphagie, pour les évaluations cliniques et instrumentales et pour des échelles de gravité de la dysphagie utilisées. Il serait préférable que l'évaluation soit réalisée toujours de la même façon, quel que soit le professionnel concerné, afin que les résultats puissent être comparés d'une hospitalisation à l'autre peu importe où le patient a consulté. À titre d'exemple, comme aucune méthode normalisée unique n'existe pour le CHU de Québec, plusieurs échelles de gravité différentes sont utilisées. D'autre part, le développement d'indications communes pour référer les patients hospitalisés à une évaluation clinique ou instrumentale pourrait aussi être envisagée. La standardisation des protocoles pour la réalisation et l'interprétation des vidéofluoroscopies et des procédures endoscopiques serait également à établir. Enfin, une analyse des cas d'incidents et de décès liés à des problèmes de dysphagie au CHU de Québec pourrait permettre de tirer des enseignements pour l'harmonisation des pratiques d'évaluation de la dysphagie.

Les membres du groupe de travail reconnaissent que certains outils ou processus mériteraient d'être harmonisés ou mieux utilisés. En somme, la comparaison des pratiques a permis aux membres du groupe de travail d'avoir une vision et une compréhension communes des enjeux liés à l'évaluation de la dysphagie mais, également, d'identifier des pistes d'action potentielles.

## 7. RECOMMANDATIONS

---

### Recommandation 1

Considérant que

- le dépistage systématique de la dysphagie avant de manger, de boire ou de prendre un médicament par voie orale chez les patients ayant subi un AVC fait consensus au sein des différentes organisations;
- les guides de pratique soulignent l'importance de l'utilisation d'outils de dépistage validés par du personnel spécifiquement formé;
- selon l'enquête, plus de la moitié des milieux sondés procèdent au dépistage systématique de la dysphagie chez la clientèle en post-AVC;
- la systématisation du dépistage pour la clientèle en post-AVC est déjà établie dans deux des hôpitaux du CHU de Québec;

**Il est recommandé au CHU de Québec de mettre en place une procédure commune aux cinq hôpitaux pour le dépistage systématique de la dysphagie pour les patients ayant eu un AVC.**

À ce propos, les procédures systématiques déjà existantes dans deux des cinq hôpitaux (HEJ, L'HDQ) pourraient servir de point de départ afin de partager les expériences, les outils de dépistage utilisés et ainsi déterminer les meilleures approches possibles.

### Recommandation 2

Considérant que

- les organisations ayant publié les guides de pratique recensés s'entendent quant à la pertinence de chacune des étapes de l'évaluation de la dysphagie intégrant le dépistage, l'évaluation clinique et l'évaluation instrumentale;
- plusieurs pratiques préconisées pour l'évaluation de la dysphagie font consensus entre les organisations incluant la systématisation du dépistage de la dysphagie pour la clientèle en post-AVC, l'utilisation d'outils de dépistage validés, l'emploi de méthodes normalisées pour la réalisation de l'évaluation clinique et la réalisation des évaluations instrumentales par vidéofluoroscopie ou par endoscopie par fibre optique;
- il ne se dégage pas de directive claire des guides de pratique clinique recensés quant au type de professionnels qui devrait réaliser l'évaluation de la dysphagie;
- il semble faire consensus que chacune des étapes de la trajectoire d'évaluation de la dysphagie doit être réalisée par des professionnels formés en dysphagie;
- le choix d'un modèle d'organisation des services dans le domaine de l'évaluation de la dysphagie en milieu hospitalier ne repose pas sur des données probantes;
- l'impact de l'organisation des services pour l'évaluation de la dysphagie pour la clientèle hospitalisée sur l'accessibilité aux services et la sécurité des patients n'est pas documenté;
- plusieurs des pratiques recommandées dans la littérature en matière d'évaluation de la dysphagie sont déjà instaurées au CHU de Québec;

- les pratiques d'évaluation de la dysphagie ne sont pas uniformes entre les cinq hôpitaux du CHU de Québec;

**Il est recommandé au CHU de Québec de procéder à la création d'un groupe de travail interdisciplinaire pour l'harmonisation des pratiques d'évaluation de la dysphagie entre les cinq hôpitaux.**

La création de ce groupe de travail interdisciplinaire, composé de différents professionnels de la santé impliqués dans l'évaluation et la prise en charge de la dysphagie provenant des cinq hôpitaux du CHU de Québec, devrait être sous la responsabilité conjointe de la Direction des services multidisciplinaires (DSM) et de la Direction des soins infirmiers (DSI) du CHU de Québec. De plus, des représentants du Conseil de médecins, dentistes et pharmaciens (CMDP), de la Direction des services professionnels (DSP), des directions clientèles concernées (p. ex. : soins intensifs, traumatologie et neurosciences, médecine, soins aux aînés et vieillissement), du Département d'otorhinolaryngologie et chirurgie buccale et maxillo-faciale et du Département d'imagerie médicale devraient être associés aux travaux de ce comité.

Parmi les autres éléments à considérer par le groupe de travail interdisciplinaire pour chacune des étapes de la trajectoire d'évaluation de la dysphagie, mentionnons :

- Dépistage :
- l'analyse des cas d'incidents et de décès liés à des problèmes de dysphagie au CHU de Québec
  - les clientèles hospitalisées à cibler (p. ex. : traumatismes crânio-cérébraux, ORL/oncologie, soins critiques)
  - la sélection d'outils applicables au contexte clinique des différents départements du CHU de Québec
  - la formation pour le dépistage de la dysphagie et le maintien des compétences professionnelles

- Évaluation clinique :
- l'analyse des cas d'incidents et de décès liés à des problèmes de dysphagie au CHU de Québec
  - les outils ou les méthodes normalisées à utiliser
  - le ou les échelle(s) de gravité de la dysphagie à utiliser
  - les indications pour référer les patients hospitalisés à une évaluation clinique
  - la pertinence de la réalisation des évaluations cliniques en interdisciplinarité
  - la formation pour l'évaluation clinique de la dysphagie et le maintien des compétences professionnelles

- Évaluation instrumentale :
- l'analyse des cas d'incidents et de décès liés à des problèmes de dysphagie au CHU de Québec
  - les méthodes normalisées à utiliser
  - le ou les échelle(s) de gravité de la dysphagie à utiliser
  - les indications pour référer les patients hospitalisés à une évaluation instrumentale
  - les protocoles pour la réalisation et l'interprétation des vidéofluoroscopies et des procédures endoscopiques
  - la pertinence de la réalisation des évaluations instrumentales en interdisciplinarité
  - la formation pour l'évaluation instrumentale de la dysphagie et le maintien des compétences professionnelles

## 8. CONCLUSION

---

En conclusion, l'évaluation de la dysphagie constitue une activité clinique qui a des impacts sur l'organisation des services au CHU de Québec. Même en l'absence de standard clairement défini par les guides de pratique recensés, il semble y avoir consensus sur certaines approches à préconiser lors du dépistage, de l'évaluation clinique et de l'évaluation instrumentale de la dysphagie pour les patients hospitalisés. À ce propos, certaines des pratiques recensées dans la littérature sont déjà instaurées au CHU de Québec, mais force est de constater qu'il y a des disparités dans la trajectoire de services des cinq hôpitaux de l'établissement. La formation en dysphagie et le maintien des compétences du personnel semblent être des éléments critiques pour assurer des services de qualité et une prise en charge optimale et sécuritaire de la dysphagie. Les établissements auraient donc avantage à contribuer au développement d'outils de formation ciblant l'ensemble des professionnels de la santé concernés par l'évaluation de la dysphagie et à favoriser la collaboration professionnelle et l'interdisciplinarité dans une perspective d'efficacité pour l'organisation des services. Enfin, une harmonisation des pratiques d'évaluation de la dysphagie entre les cinq hôpitaux du CHU de Québec est une étape importante à réaliser via la création d'un groupe de travail interdisciplinaire. En dépit de l'absence de donnée probante sur le sujet, il serait souhaitable au CHU de Québec de mesurer éventuellement les effets de la mise en œuvre d'un nouveau modèle d'organisation de services pour l'évaluation et la prise en charge de la dysphagie.

## ANNEXES

### ANNEXE 1. SITES INTERNET CONSULTÉS POUR LA RECHERCHE DE LA LITTÉRATURE GRISE

Acronyme	Nom	Pays (province)	Site Internet	Résultat de la recherche (n)
<b>Mots-clés</b>				
<b>Sites en anglais :</b> <i>dysphagia OR deglutition OR swallow OR videofluoroscopy OR endoscopic evaluation OR FEES OR FEEST</i>				
<b>Sites en français :</b> <i>dysphagie OU déglutition OU vidéofluoroscopie OU endoscopie OU FEES OU FEEST</i>				
<b>Sites Internet généraux visités</b>				
ACMTS	Agence canadienne des médicaments et des technologies de la santé	Canada	<a href="http://www.cadth.ca/fr">http://www.cadth.ca/fr</a>	0
AHRQ	<i>Agency for Healthcare Research and Quality</i>	États-Unis	<a href="http://www.ahrq.gov/">http://www.ahrq.gov/</a>	3
ANSM	<i>Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé</i>	France	<a href="http://ansm.sante.fr/">http://ansm.sante.fr/</a>	0
AHTA	<i>Adelaide Health Technology Assessment</i>	Australie	<a href="http://www.adelaide.edu.au/ahta/">http://www.adelaide.edu.au/ahta/</a>	0
CEBM	<i>Center for Evidence-based Medicine</i>	Royaume-Uni	<a href="http://www.cebm.net/">http://www.cebm.net/</a>	0
ETMIS-CHUM	Direction de la qualité, de l'évaluation, de la performance et de la planification stratégique du Centre hospitalier de l'Université de Montréal	Canada (Québec)	<a href="http://www.chumontreal.qc.ca/patients-et-soins/a-propos-du-chum/les-directions-du-chum/dqepps/etmis">http://www.chumontreal.qc.ca/patients-et-soins/a-propos-du-chum/les-directions-du-chum/dqepps/etmis</a>	0
HAS	Haute Autorité de Santé	France	<a href="http://www.has-sante.fr/">http://www.has-sante.fr/</a>	3
HSAC	<i>Health Services Assessment Collaboration</i>	Nouvelle-Zélande	<a href="http://www.healthsac.net/aboutus/aboutus.htm">http://www.healthsac.net/aboutus/aboutus.htm</a>	0
INESSS	Institut national d'excellence en santé et en services sociaux	Canada (Québec)	<a href="http://www.inesss.qc.ca/">http://www.inesss.qc.ca/</a>	0
KCE	Centre fédéral d'expertise des soins de santé	Belgique	<a href="http://www.kce.fgov.be/">http://www.kce.fgov.be/</a>	0
MSAC	<i>Medical Services Advisory Committee</i>	Australie	<a href="http://www.msac.gov.au/">http://www.msac.gov.au/</a>	0
NGC	<i>National Guidelines Clearinghouse</i>	États-Unis	<a href="http://www.guidelines.gov/">http://www.guidelines.gov/</a>	18
NICE	<i>National Institute for Health and Clinical Excellence</i>	Royaume-Uni	<a href="http://www.nice.org.uk/">http://www.nice.org.uk/</a>	3
NIHR HTA	<i>National Institute for Health Research Health Technology Assessment programme</i>	Royaume-Uni	<a href="http://www.hta.ac.uk/">http://www.hta.ac.uk/</a>	0
NZHTA	<i>New Zealand Health Technology Assessment</i>	Nouvelle-Zélande	<a href="http://www.otago.ac.nz/christchurch/research/nzhta/">http://www.otago.ac.nz/christchurch/research/nzhta/</a>	0
OHTAC	<i>Ontario Health Technology Advisory Committee</i>	Canada (Ontario)	<a href="http://www.hqontario.ca/evidence">http://www.hqontario.ca/evidence</a>	1
OMS	Organisation mondiale de la Santé	International	<a href="http://www.who.int/fr/">http://www.who.int/fr/</a>	0
SIGN	<i>Scottish Intercollegiate Guidelines Network</i>	Écosse	<a href="http://www.sign.ac.uk/">http://www.sign.ac.uk/</a>	2
TAU-MUHC	<i>Technology Assessment Unit-McGill University Health Center</i>	Canada (Québec)	<a href="http://www.mcgill.ca/tau/">http://www.mcgill.ca/tau/</a>	0
UETMIS – CIUSSS de l'Estrie - CHUS	UETMIS du Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux de l'Estrie - Centre hospitalier universitaire de	Canada (Québec)	<a href="http://www.chus.qc.ca/academique-ruis/evaluation-des-technologies/">http://www.chus.qc.ca/academique-ruis/evaluation-des-technologies/</a>	0



Acronyme	Nom	Pays (province)	Site Internet	Résultat de la recherche (n)
	Sherbrooke			
UETMIS-CHUSJ	UETMIS du CHU Sainte-Justine	Canada (Québec)	<a href="http://www.chu-sainte-justine.org/Pro/micro-portails.aspx?AxelD=16">http://www.chu-sainte-justine.org/Pro/micro-portails.aspx?AxelD=16</a>	0
VORTAL	HTAi vortal	États-Unis	<a href="http://vortal.htai.org/?q=search_websites">http://vortal.htai.org/?q=search_websites</a>	6
<b>Sites Internet d'organismes et d'associations professionnelles spécifiques au sujet</b>				
<b>Ergothérapie</b>				
ACE	Association canadienne des ergothérapeutes	Canada	<a href="http://caot.ca">http://caot.ca</a>	0
OEQ	Ordre des ergothérapeutes du Québec	Canada (Québec)	<a href="http://www.oeq.org">http://www.oeq.org</a>	0
AOTA	<i>The American Occupational Therapy Association</i>	États-Unis	<a href="https://www.aota.org">https://www.aota.org</a>	1
<b>Orthophonie</b>				
ASHA	<i>American Speech-Language-Hearing Association</i>	États-Unis	<a href="http://www.asha.org">http://www.asha.org</a>	15
CASLPO	<i>College of Audiologists and Speech-Language Pathologists of Ontario</i>	Canada (Ontario)	<a href="http://www.caslpo.com/">http://www.caslpo.com/</a>	1
SAC	<i>Speech-Language and Audiology Canada</i>	Canada	<a href="http://www.sac-oac.ca">http://www.sac-oac.ca</a>	1
OOAQ	Ordre des orthophonistes et audiologistes du Québec	Canada (Québec)	<a href="http://www.ooaq.qc.ca">http://www.ooaq.qc.ca</a>	0
<b>Otorhinolaryngologie</b>				
AAO-HNSF	<i>American Academy of Otolaryngology—Head and Neck Surgery</i>	États-Unis	<a href="http://entnet.org/">http://entnet.org/</a>	1
	Association d'otorhinolaryngologie et de chirurgie cervico-faciale du Québec	Canada (Québec)	<a href="http://orlquebec.org/">http://orlquebec.org/</a>	0
ASOHS	<i>Australian Society of Otolaryngology Head &amp; Neck Surgery</i>	Australie	<a href="http://www.asohns.org.au/">http://www.asohns.org.au/</a>	0
CSOHS	<i>Canadian Society of Otolaryngology-Head and Neck Surgery</i>	Canada	<a href="http://www.entcanada.org/">http://www.entcanada.org/</a>	0
SFORL	Société Française d'ORL et de chirurgie de la face et du cou	France	<a href="http://www.sforl.org/">http://www.sforl.org/</a>	0
ENT UK	<i>British Association of Otorhinolaryngologists</i>	Royaume-Uni	<a href="https://entuk.org/">https://entuk.org/</a>	0
<b>Nutrition</b>				
AND	<i>Academy of Nutrition and Dietetics</i>	États-Unis	<a href="http://www.eatright.org">http://www.eatright.org</a>	0
APNED	Association professionnelle des nutritionnistes experts en dysphagie	Canada (Québec)	<a href="http://www.apned.info">http://www.apned.info</a>	0
DC	<i>Dietitians of Canada</i>	Canada	<a href="http://www.dietitians.ca">http://www.dietitians.ca</a>	1
OPDQ	Ordre professionnel des diététistes du Québec	Canada (Québec)	<a href="http://opdq.org">http://opdq.org</a>	1
<b>Gériatrie</b>				
ANZSGM	<i>Australian and New Zealand Society for Geriatric Medicine</i>	Australie	<a href="http://www.anzsgm.org">http://www.anzsgm.org</a>	0
BGS	<i>British Geriatrics Society</i>	Angleterre	<a href="http://www.bgs.org.uk">http://www.bgs.org.uk</a>	1
AGS	<i>The American Geriatrics Society</i>	États-Unis	<a href="http://www.americangeriatrics.org">http://www.americangeriatrics.org</a>	0

Acronyme	Nom	Pays (province)	Site Internet	Résultat de la recherche (n)
<b>Radiologie</b>				
CAR	Association canadienne des radiologistes	Canada	<a href="http://www.car.ca/fr/contact.aspx">http://www.car.ca/fr/contact.aspx</a>	0
ACR	<i>American College of radiology</i>	États-Unis	<a href="http://www.acr.org">http://www.acr.org</a>	2
RCR	<i>Royal College of radiologists</i>	Royaume-Uni	<a href="http://www.rcr.ac.uk/index.aspx">http://www.rcr.ac.uk/index.aspx</a>	0
SFR	Société française de radiologie	France	<a href="http://www.sfnnet.org">http://www.sfnnet.org</a>	0
RANZCR	<i>Royal Australian and New Zealand College of Radiologists</i>	Australie/Nouvelle Zélande	<a href="http://www.ranzcr.edu.au">http://www.ranzcr.edu.au</a>	0
<b>Autres</b>				
	<i>ALS Association</i>	États-Unis	<a href="http://www.alsa.org/about-als">http://www.alsa.org/about-als</a>	0
AAN	<i>American Academy of Neurology</i>	États-Unis	<a href="https://www.aan.com">https://www.aan.com</a>	2
AANN	<i>American Association of Neuroscience Nurses</i>	États-Unis	<a href="http://www.aann.org">http://www.aann.org</a>	2
AGA	<i>American Gastroenterological Association</i>	États-Unis	<a href="https://www.gastro.org">https://www.gastro.org</a>	0
ASIA	<i>American Spinal Injury Association</i>	États-Unis	<a href="http://asia-spinalinjury.org">http://asia-spinalinjury.org</a>	0
AHA/ASA	<i>American heart association/American stroke association</i>	États-Unis	<a href="http://www.strokeassociation.org">http://www.strokeassociation.org</a>	5
CAG	<i>Canadian Association of Gastroenterology</i>	Canada	<a href="http://www.cag-acg.org">http://www.cag-acg.org</a>	1
FMC	Fondation des maladies du coeur et de l'AVC	Canada	<a href="http://www.fmcoeur.qc.ca">http://www.fmcoeur.qc.ca</a>	0
OIIQ	Ordre des infirmières et infirmiers du Québec	Canada (Québec)	<a href="http://www.oiiq.org">http://www.oiiq.org</a>	0
NSF	<i>National Stroke Foundation of Australia</i>	Australie	<a href="http://strokefoundation.com.au">http://strokefoundation.com.au</a>	1
RCP	<i>Royal College of Physicians</i>	Angleterre	<a href="https://www.rcplondon.ac.uk">https://www.rcplondon.ac.uk</a>	2
	Société Canadienne de la SLA	Canada	<a href="http://www.als.ca">http://www.als.ca</a>	0
SIA	<i>Spinal Injuries Association</i>	Royaume-Uni	<a href="http://www.spinal.co.uk">http://www.spinal.co.uk</a>	0
	Stratégie canadienne de l'AVC	Canada	<a href="http://www.strokebestpractices.ca">http://www.strokebestpractices.ca</a>	1
<b>NOMBRE DE DOCUMENTS RÉPERTORIÉS</b>				74

Dernière recherche effectuée le : 26 août 2015

## ANNEXE 2. STRATÉGIES DE RECHERCHE DOCUMENTAIRE DANS LES BASES DE DONNÉES INDEXÉES

### Stratégies guides de pratique

#### Pubmed

- #1 "Deglutition Disorders"[Mesh] OR dysphagia[Title/Abstract] OR deglutition[Title/Abstract] OR swallow\*[Title/Abstract]
- #2 "Endoscopy, Gastrointestinal"[Mesh] OR "Fluoroscopy"[Mesh] OR screening[Title/Abstract] or evaluation[Title/Abstract] or assessment[Title/Abstract] or videofluoroscopy[Title/Abstract] or endoscopy[Title/Abstract] OR FEES[Title/Abstract] OR FEESST[Title/Abstract] OR FEEST[Title/Abstract]
- #3 #1 AND #2

Limites : *Guideline*, depuis 1995, Anglais, Français

Date de la recherche : 26 août 2015 Nombre de documents : 46

#### Embase

- #1 'dysphagia'/exp OR dysphagia:ab,ti OR deglutition:ab,ti OR swallow\*:ab,ti
- #2 'fluoroscopy'/exp OR 'fiberscope endoscopy'/exp OR screening:ab,ti OR evaluation:ab,ti OR assessment:ab,ti OR videofluoroscopy:ab,ti OR endoscopy:ab,ti OR fees:ab,ti OR feesst:ab,ti OR feest:ab,ti
- #3 #1 AND #2

Limites : *Practice Guideline*, depuis 1995, Anglais, Français

Date de la recherche : 26 août 2015 Nombre de documents : 205

#### CINAHL

- #1 (MM "Deglutition Disorders") OR dysphagia OR deglutition OR swallow\*
- #2 (MM "Fluoroscopy") OR (MM "Endoscopy, Gastrointestinal") OR screening or evaluation or assessment or videofluoroscopy or endoscopy OR FEES OR FEESST OR FEEST
- #3 #1 AND #2

Limites : *Practice guidelines*, depuis 1995, Anglais, Français

Date de la recherche : 26 août 2015 Nombre de documents : 16

## Stratégie modèles d'organisation des soins

### Pubmed

- #1 "Deglutition Disorders"[Mesh] OR dysphagia[Title/Abstract] OR deglutition[Title/Abstract] OR swallow\*[Title/Abstract]
- #2 "Endoscopy, Gastrointestinal"[Mesh] OR "Fluoroscopy"[Mesh] OR screening[Title/Abstract] or evaluation[Title/Abstract] or assessment[Title/Abstract] or videofluoroscopy[Title/Abstract] or endoscopy[Title/Abstract] OR FEES[Title/Abstract] OR FEESST[Title/Abstract] OR FEEST[Title/Abstract]
- #3 "care management" OR "clinical protocol" OR "clinical algorithm" OR "Clinical Protocols"[Mesh] OR "Patient Care Management/methods"[Mesh] OR "Patient Care Management/nursing"[Mesh] OR "Patient Care Management/organization and administration"[Mesh] OR "Patient Care Management/standards"[Mesh]
- #4 "Patient Discharge"[Mesh] OR "Referral and Consultation"[Mesh] OR "Death"[Mesh] OR "Malnutrition"[Mesh] OR discharge or referral or death or deshydratation or malnutrition or pneumonia or "nil by mouth" or "nil per os" or NPO or "Pneumonia"[Mesh]
- #5 #1 AND #2 AND #3 AND #4

Limites: depuis 1995, Anglais, Français

Date de la recherche : 26 août 2015 Nombre de documents : 54

### Embase

- #1 'dysphagia'/exp OR dysphagia:ab,ti OR deglutition:ab,ti OR swallow\*:ab,ti
- #2 'fluoroscopy'/exp OR 'fiberscope endoscopy'/exp OR screening:ab,ti OR evaluation:ab,ti OR assessment:ab,ti OR videofluoroscopy:ab,ti OR endoscopy:ab,ti OR fees:ab,ti OR feesst:ab,ti OR feest:ab,ti
- #3 'patient care'/exp OR 'clinical protocol'/exp OR 'care management' OR 'clinical protocol' OR 'clinical algorithm'
- #4 'hospital discharge'/exp OR 'patient referral'/exp OR 'death'/exp OR 'malnutrition'/exp OR 'aspiration pneumonia'/exp OR discharge OR referral OR death OR deshydratation OR malnutrition OR pneumonia OR 'nil by mouth' OR 'nil per os' OR npo
- #5 'conference abstract'/it OR 'editorial'/it OR 'letter'/it OR 'note'/it OR 'short survey'/it OR 'practice guideline'/de
- #6 (#1 AND #2 AND #3 AND #4) NOT #5

Limites: depuis 1995, Anglais, Français

Date de la recherche : 26 août 2015 Nombre de documents : 253

### CINAHL

- #1 (MM "Deglutition Disorders") OR dysphagia OR deglutition OR swallow\*
- #2 (MM "Fluoroscopy") OR (MM "Endoscopy, Gastrointestinal") OR screening or evaluation or assessment or videofluoroscopy or endoscopy OR FEES OR FEESST OR FEEST
- #3 (MH "Patient Care Plans/ST/MT/AM") OR (MH "Patient Care Plans/ST/MT/AM") OR "care management" OR "clinical protocol" OR "clinical algorithm"
- #4 (MH "Patient Discharge+") OR (MH "Referral and Consultation+") OR (MH "Death+") OR (MH "Malnutrition") OR (MH "Pneumonia+") OR discharge or referral or death or deshydratation or malnutrition or pneumonia or "nil by mouth" or "nil per os" or NPO
- #5 #1 AND #2 AND #3 AND 4

Limites: depuis 1995, Anglais, Français

Date de la recherche : 26 août 2015 Nombre de documents : 0

### ANNEXE 3. LISTE DES DOCUMENTS EXCLUS APRÈS ÉVALUATION DE L'ÉLIGIBILITÉ ET RAISONS D'EXCLUSION

#### Guides de pratique

##### Ne satisfait pas aux critères d'éligibilité

AHRQ. Diagnosis and Treatment of Swallowing Disorders (Dysphagia) in Acute-Care Stroke Patients. Evidence reports/Technology assessments no. 8, Rockville MD, 1999.

American Academy of Neurology, American College of Radiology, National Committee for Quality Assurance, American Medical Association-convened Physician, Consortium for Performance Improvement. Stroke and Stroke Rehabilitation - Performance Measurement Set. 2012: 75 p.

American Association of Neuroscience Nurses (AANN), Association of Rehabilitation Nurses (ARN), International Organization of Multiple Sclerosis Nurses (IOMSN). Nursing management of the patient with multiple sclerosis. Glenview (IL): American Association of Neuroscience Nurses (AANN); 2011. 49 p.

American Society for Gastrointestinal Endoscopy. Esophageal dilation. *Gastrointestinal endoscopy*. 1998; 48(6): 702-4.

American Society for Gastrointestinal Endoscopy. The role of endoscopy in the evaluation and management of dysphagia. *Gastrointestinal endoscopy*. 2014; 79(2): 191-201.

Brady S. Use of dysphagia severity scales during the fiberoptic endoscopic exam of swallowing: treatment decisions and planning. *Perspectives on Swallowing & Swallowing Disorders (Dysphagia)*. 2007; 16(2): 10-3.

Cabre M, Almirall J, Clave P. Aspiration pneumonia: Management in Spain. *European Geriatric Medicine*. 2011; 2(3): 180-3.

Cameron EAB. Endoscopy short topics. *Medicine*. 2011; 39(5): 293-5.

Campbell D. SIGN stroke guideline addresses needs of patients with dysphagia. *Guidelines in Practice*. 2005; 8(1): 21--2, 4, 6-8.

Davis J, Cardell E, Coccetti A. Management of dysphagia in thrombolysed stroke patients. *Journal of Clinical Practice in Speech-Language Pathology*. 2014; 16(2): 90-7.

Easterling CS, Robbins E. Dementia and Dysphagia. *Geriatric Nursing*. 2008; 29(4): 275-85.

Gilbert R, Devries-Aboud M, Winquist E, Waldron J, McQuestion M; Head and Neck Disease Site Group. The management of head and neck cancer in Ontario. Toronto (ON): Cancer Care Ontario; 2009 Dec 15. Program in Evidence-based Care Evidence-Based Series No.: 5-3.

Karaliute M, Borvik MT, Nilssen H, Rasmussen I, Skille B, Kampman MT. Ensuring optimal nutrition in acute stroke units development of an evidence-based national practice guideline. *Clinical Nutrition, Supplement*. 2012; 7(1): 38.

Kaspar K, Ekberg O. Identifying vulnerable patients: role of the EAT-10 and the multidisciplinary team for early intervention and comprehensive dysphagia care. *Nestlé Nutrition Institute workshop series*. 2012; 72: 19-31.

Institut national d'excellence en santé et services sociaux (INESSS). Organisation des services en matière d'accident vasculaire cérébral. Revue des données probantes, des politiques et des expériences. Rapport préparé par Brigitte Côté et Annie Tessier. ETMIS 2011 ; 7(4) : 1-141.

Institut national d'excellence en santé et en services sociaux (INESSS). L'organisation et la prestation de services de réadaptation pour les personnes ayant subi un accident vasculaire cérébral (AVC) et leurs proches. Rapport rédigé par Annie Tessier ETMIS 2012; 8(9): 1-101.

Perry L, McLaren SM. An evaluation of implementation of evidence-based guidelines for dysphagia screening and assessment following acute stroke: Phase 2 of an evidence-based practice project. *Journal of Clinical Excellence*. 2000; 2(3): 147-56.

Robbins J, Taylor AJ, Lakner C. Models of staffing videofluoroscopic (oropharyngeal) swallow studies. *Perspectives on Swallowing & Swallowing Disorders (Dysphagia)*. 2007; 16(1): 15-20.

Sheltman JP. Fluoroscopic assessment of dysphagia: which radiological procedure is best for your patient? *Perspectives on Swallowing & Swallowing Disorders (Dysphagia)*. 2007; 16(4): 11-4.

Smith Hammond, C. A., Goldstein, L. B.; American College of Chest Physicians. Cough and Aspiration of Food and Liquids Due to Oral-Pharyngeal Dysphagia: ACCP Evidence-Based Clinical Practice Guidelines. *Chest*. 2006; 129(1 Suppl): 154S-68S.

### **Autres motifs**

*Versions abrégées d'un guide de pratique déjà identifié*

Bates B, Choi JY, Duncan PW, Glasberg JJ, Graham GD, Katz RC, et al. Veterans Affairs/Department of Defense Clinical Practice Guideline for the Management of Adult Stroke Rehabilitation Care: executive summary. *Stroke; a journal of cerebral circulation*. 2005; 36(9): 2049-56.

VA/DoD CLINICAL PRACTICE GUIDELINE FOR THE MANAGEMENT OF STROKE REHABILITATION. *Journal of Rehabilitation Research & Development*. 2010; 47(9): 1-43.

*Versions antérieures d'un guide de pratique déjà identifié*

Adams, H. P., Jr., del Zoppo, G., et al. AHA/ASA Guidelines for the Early Management of Adults with Ischemic Stroke. *Stroke*. 2007; 38(5): 1655–711.

## ANNEXE 4. QUESTIONNAIRE UTILISÉ POUR L'ENQUÊTE



**UETMIS**

Unité d'évaluation des technologies et  
des modes d'intervention en santé  
[www.chuq.qc.ca/fr/evaluation/etmis](http://www.chuq.qc.ca/fr/evaluation/etmis)

### Pratiques relatives à l'évaluation de la dysphagie

#### QUESTIONNAIRE

---

L'Unité d'évaluation des technologies et des modes d'intervention en santé (UETMIS) du CHU de Québec – Université Laval s'intéresse actuellement à l'évaluation de la dysphagie chez les adultes hospitalisés.

Nous sollicitons votre contribution afin de compléter ce questionnaire qui nous permettra de documenter et de mieux comprendre les pratiques existantes pour l'évaluation de la dysphagie.

Pour tout commentaire, question ou besoin d'assistance pour répondre à ce questionnaire, n'hésitez pas à contacter monsieur Marc-André Pellerin à l'UETMIS au numéro de téléphone suivant : 418-525-4444 poste 54671 ou par courriel : [marc-andre.pellerin@mail.chuq.qc.ca](mailto:marc-andre.pellerin@mail.chuq.qc.ca)

#### **Consentement**

En répondant à ce questionnaire, je comprends et j'accepte que l'information divulguée, au nom de mon unité de soins, de mon département ou de mon établissement de santé, puisse être consignée, en totalité ou en partie, dans un rapport effectué par l'UETMIS du CHU de Québec – Université Laval.

Avant la publication du rapport, nous vous retournerons la section concernant votre établissement pour validation.

NOM DE VOTRE ÉTABLISSEMENT : [Cliquez ici pour taper du texte.](#)

VOTRE NOM : [Cliquez ici pour taper du texte.](#)

VOTRE FONCTION : [Cliquez ici pour taper du texte.](#)

LES COORDONNÉES POUR VOUS REJOINDRE (NUMÉRO DE TÉLÉPHONE OU COURRIEL) : [Cliquez ici pour taper du texte.](#)

---

S.V.P. acheminer le questionnaire complété d'ici le 20 mars 2015 :

- Par courriel : [marc-andre.pellerin@mail.chuq.qc.ca](mailto:marc-andre.pellerin@mail.chuq.qc.ca)
- Par télécopieur : (418) 525-4028
- Ou à l'adresse suivante :  
M Marc-André Pellerin  
Hôpital Saint-François d'Assise du CHU de Québec – Université Laval  
10, rue de l'Espinay, bureau D7-732 G1L 3L5

## QUESTIONNAIRE

Ce questionnaire porte sur les pratiques relatives au dépistage et à l'évaluation de la dysphagie auprès de la clientèle adulte de votre établissement.

Vous pouvez le compléter en consultant vos collègues qui sont plus familiers avec certaines étapes de l'évaluation de la dysphagie. Si vous ne pouvez répondre à certaines questions et que vous jugez que certains de vos collègues sont en mesure d'y répondre, transmettez-nous s.v.p. leurs noms, fonctions et coordonnées.

Cliquez ici pour taper du texte.

---

---

Dans ce questionnaire, le dépistage, l'évaluation clinique et l'évaluation instrumentale de la dysphagie sont définis ainsi :

- Dépistage :** Ensemble des moyens, standardisés ou non, visant à détecter la présence potentielle de dysphagie chez un patient.
- Évaluation clinique :** Évaluation sensitivo-motrice de la déglutition auprès d'un patient.
- Évaluation instrumentale :** Ensemble des techniques d'imagerie médicale utilisées pour évaluer la déglutition (i.e. vidéofluoroscopie, endoscopie (FEES, FESST)).



## SECTION 1 : Le dépistage de la dysphagie

1. Avez-vous recours au dépistage de la dysphagie chez les adultes hospitalisés dans votre établissement ?

- Oui  
 Non. Passez à la question 6.

2. Compléter S.V.P. le tableau suivant pour chacune des clientèles chez qui un dépistage de la dysphagie est réalisé (par exemple chez les patients hospitalisés pour un accident vasculaire cérébral (AVC) ou en gériatrie)

Clientèle visée par le dépistage	Dépistage systématique	Cochez le ou les outils utilisés pour le dépistage
AVC	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Toronto Bedside Swallowing Screening Test (TOR-BSST) <input type="checkbox"/> Burke Dysphagia Screening Test (BDST) <input type="checkbox"/> Standardised Swallowing Screen <input type="checkbox"/> Test de la gorgée d'eau <input type="checkbox"/> Outil de dépistage maison * <input type="checkbox"/> Algorithme décisionnel * <input type="checkbox"/> Autre. Préciser :
TRAUMATOLOGIE (TCC/BLESSÉ MÉDULLAIRE)	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Toronto Bedside Swallowing Screening Test (TOR-BSST) <input type="checkbox"/> Burke Dysphagia Screening Test (BDST) <input type="checkbox"/> Standardised Swallowing Screen <input type="checkbox"/> Test de la gorgée d'eau <input type="checkbox"/> Outil de dépistage maison * <input type="checkbox"/> Algorithme décisionnel * <input type="checkbox"/> Autre. Préciser :
GÉRIATRIE / MÉDECINE	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Toronto Bedside Swallowing Screening Test (TOR-BSST) <input type="checkbox"/> Burke Dysphagia Screening Test (BDST) <input type="checkbox"/> Standardised Swallowing Screen <input type="checkbox"/> Test de la gorgée d'eau <input type="checkbox"/> Outil de dépistage maison * <input type="checkbox"/> Algorithme décisionnel * <input type="checkbox"/> Autre. Préciser :
ORL / ONCOLOGIE	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Toronto Bedside Swallowing Screening Test (TOR-BSST) <input type="checkbox"/> Burke Dysphagia Screening Test (BDST) <input type="checkbox"/> Standardised Swallowing Screen <input type="checkbox"/> Test de la gorgée d'eau <input type="checkbox"/> Outil de dépistage maison * <input type="checkbox"/> Algorithme décisionnel * <input type="checkbox"/> Autre*. Préciser :
AUTRE(S) : Cliquez ici pour taper du texte.	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Toronto Bedside Swallowing Screening Test (TOR-BSST) <input type="checkbox"/> Burke Dysphagia Screening Test (BDST) <input type="checkbox"/> Standardised Swallowing Screen <input type="checkbox"/> Test de la gorgée d'eau <input type="checkbox"/> Outil de dépistage maison * <input type="checkbox"/> Algorithme décisionnel * <input type="checkbox"/> Autre*. Préciser :

\* Est-ce possible de nous faire parvenir une copie des outils utilisés ?

3. Quels professionnels réalisent le dépistage de la dysphagie auprès de la clientèle hospitalisée de votre établissement?

Cochez plus d'un groupe au besoin.

- Ergothérapeute
- Infirmière
- ORL
- Nutritionniste
- Orthophoniste
- Préposé aux bénéficiaires
- Autre(s). Préciser Cliquez ici pour taper du texte.

---



---

4. Quelles sont les barrières et les facilitateurs reliés à la réalisation du dépistage de la dysphagie chez les adultes hospitalisés dans votre établissement ?

Cliquez ici pour taper du texte.

---



---



---

## SECTION 2 : Évaluation clinique de la dysphagie

5. Compléter S.V.P. le tableau suivant pour chacune des clientèles chez qui une évaluation clinique de la dysphagie est réalisée (par exemple chez les patients hospitalisés pour un accident vasculaire cérébral (AVC) ou en gériatrie)

Clientèle desservie	Outils utilisés * (p. ex. : grilles, guides de pratique, canevas)	Utilisation d'échelles de gravité de la dysphagie *
AVC	<input type="checkbox"/> Oui. Préciser lequel Cliquez ici pour taper du texte. <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui. Préciser laquelle Cliquez ici pour taper du texte. <input type="checkbox"/> Non
TRAUMATOLOGIE (TCC/BLESSÉ MÉDULLAIRE)	<input type="checkbox"/> Oui. Préciser lequel Cliquez ici pour taper du texte. <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui. Préciser laquelle Cliquez ici pour taper du texte. <input type="checkbox"/> Non
GÉRIATRIE / MÉDECINE	<input type="checkbox"/> Oui. Préciser lequel Cliquez ici pour taper du texte. <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui. Préciser laquelle Cliquez ici pour taper du texte. <input type="checkbox"/> Non
ORL / ONCOLOGIE	<input type="checkbox"/> Oui. Préciser lequel Cliquez ici pour taper du texte. <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui. Préciser laquelle Cliquez ici pour taper du texte. <input type="checkbox"/> Non
AUTRE(S) : Cliquez ici pour taper du texte.	<input type="checkbox"/> Oui. Préciser lequel Cliquez ici pour taper du texte. <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui. Préciser laquelle Cliquez ici pour taper du texte. <input type="checkbox"/> Non

\* Est-ce possible de nous faire parvenir une copie des outils maisons ou des échelles de gravité maisons utilisés?

6. Quels professionnels réalisent l'évaluation clinique de la dysphagie auprès de la clientèle hospitalisée de votre établissement ?

Cochez plus d'un groupe au besoin.

- Ergothérapeute
- Infirmière
- ORL
- Nutritionniste
- Orthophoniste
- Préposé aux bénéficiaires
- Autre(s). Préciser [Cliquez ici pour taper du texte.](#)

---

---

7. Quelles sont les barrières et les facilitateurs reliés à l'évaluation clinique de la dysphagie chez les adultes hospitalisés dans votre établissement ?

[Cliquez ici pour taper du texte.](#)

---

---

---

---

---

### SECTION 3 : Évaluation instrumentale de la dysphagie

8. Utilisez-vous des méthodes instrumentales pour évaluer la déglutition ?

Oui

Non. Passez à la question 16.

9. Indiquez S.V.P. au tableau suivant chacun des examens réalisés pour l'évaluation instrumentale de la dysphagie dans votre établissement. Précisez pour chaque examen la clientèle visée (par exemple chez les patients hospitalisés pour un accident vasculaire cérébral (AVC) ou en gériatrie) et les critères utilisés.

Examen réalisé	Utilisation d'un protocole standardisé pour la réalisation de l'examen *	Clientèles visées	Indiquer les critères qui déterminent la réalisation du test
<input type="checkbox"/> Vidéofluoroscopie	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Cliquez ici pour taper du texte.	Cliquez ici pour taper du texte.
<input type="checkbox"/> Endoscopie FEES (Fiberoptic endoscopic evaluation of swallowing)	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Cliquez ici pour taper du texte.	Cliquez ici pour taper du texte.
<input type="checkbox"/> Endoscopie FEESST (Fiberoptic endoscopic evaluation of swallowing with sensory testing)	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Cliquez ici pour taper du texte.	Cliquez ici pour taper du texte.
<input type="checkbox"/> Autre. Préciser lequel Cliquez ici pour taper du texte.	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Cliquez ici pour taper du texte.	Cliquez ici pour taper du texte.

\* Est-ce possible de nous faire parvenir une copie du ou des protocoles utilisés?

10. Selon vous, quelle proportion des patients ayant bénéficié d'une évaluation clinique sont référés pour une évaluation instrumentale ?

Cliquez ici pour taper du texte.

---

11. Quelles proportions des évaluations instrumentales sont réalisées par

Vidéofluoroscopie : \_\_\_\_\_%

Endoscopie (FEES et FEESST): \_\_\_\_\_%

Autres. Préciser : Cliquez ici pour taper du texte.: \_\_\_\_\_%

**12. Quels professionnels participent à l'évaluation de la dysphagie par vidéofluoroscopie dans votre établissement ?**

**Cochez plus d'un groupe au besoin.**

- Ergothérapeute
- Infirmière
- Nutritionniste
- ORL
- Orthophoniste
- Radiologiste
- Technicien en radiologie  Autre(s). Préciser [Cliquez ici pour taper du texte.](#)

---

---

**13. Quels professionnels participent à l'évaluation de la dysphagie avec les méthodes endoscopiques (i.e. FEES, FEESST) dans votre établissement ?**

**Cochez plus d'un groupe au besoin.**

- Ergothérapeute
- Infirmière
- Nutritionniste
- ORL
- Orthophoniste
- Radiologiste
- Technicien en radiologie

**14. Quelles sont les barrières et les facilitateurs reliés à l'évaluation instrumentale de la dysphagie chez les adultes hospitalisés dans votre établissement ?**

[Cliquez ici pour taper du texte.](#)

---

---

---

---

---

**15. COMMENTAIRES**

N'hésitez pas à ajouter tout élément que vous jugez bon de nous indiquer afin de bien exposer la situation actuelle de votre établissement concernant l'évaluation de la dysphagie.

[Cliquez ici pour taper du texte.](#)

---

---

---

---

---

**Nous vous remercions de votre précieuse contribution.**

- Je souhaite obtenir une copie du rapport du rapport que l'UETMIS produira.

## RÉFÉRENCES

---

- [1] Clave P, Shaker R. Dysphagia: current reality and scope of the problem. *Nat Rev Gastroenterol Hepatol*. 2015; 12(5): 259-70.
- [2] Brouwers MC, Kho ME, Browman GP, Burgers JS, Cluzeau F, Feder G, et al. AGREE II: advancing guideline development, reporting and evaluation in health care. *CMAJ : Canadian Medical Association journal = journal de l'Association medicale canadienne*. 2010; 182(18): E839-42.
- [3] GROUPE-INTER-ORDRES SUR LA DYSPHAGIE - Ordre des ergothérapeutes du Québec Ordre des orthophonistes et audiologistes du Québec et Ordre professionnel des diététistes du Québec. 2005.
- [4] Groher ME. *Dysphagia : Diagnosis and management*. Boston: Butterworth-Heinemann, 1997.
- [5] Daniels SK, Brailey K, Priestly DH, Herrington LR, Weisberg LA, Foundas AL. Aspiration in patients with acute stroke. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*. 1998; 79(1): 14-9.
- [6] Smithard DG, O'Neill PA, Park C, England R, Renwick DS, Wyatt R, et al. Can bedside assessment reliably exclude aspiration following acute stroke? *Age and Ageing*. 1998; 27(2): 99-106.
- [7] Mari F, Matei M, Ceravolo MG, Pisani A, Montesi A, Provinciali L. Predictive value of clinical indices in detecting aspiration in patients with neurological disorders. *Journal of neurology, neurosurgery, and psychiatry*. 1997; 63(4): 456-60.
- [8] Prosiegel M, Schelling A, Wagner-Sonntag E. Dysphagia and multiple sclerosis. *International MS journal / MS Forum*. 2004; 11(1): 22-31.
- [9] Bleeckx D. *Dysphagie : Évaluation et rééducation des troubles de la déglutition*. Bruxelles: De Boeck & Larcier s.a., 2001.
- [10] Rofes L, Arreola V, Almirall J, Cabre M, Campins L, Garcia-Peris P, et al. Diagnosis and management of oropharyngeal Dysphagia and its nutritional and respiratory complications in the elderly. *Gastroenterology research and practice*. 2011 : 13 pages.
- [11] American Association of Neuroscience Nurses (AANN). Guide to the care of the hospitalized patient with ischemic stroke. 2nd ed. Glenview (IL): American Association of Neuroscience Nurses; 2008: 38 pages.
- [12] American Association of Neuroscience Nurses (AANN). Care of the Patient with Aneurysmal Subarachnoid Hemorrhage. Glenview (IL): American Association of Neuroscience Nurses; 2009: 30 pages.
- [13] Department of Veterans Affairs, Department of Defense, The American Heart Association/ American Stroke Association. VA/DoD clinical practice guideline for the management of stroke rehabilitation. Washington (DC): Veterans Health Administration, Department of Defense. 2010: 150 pages.
- [14] Evidence-Based Review of Stroke Rehabilitation (EBRSR). Clinician's handbook. 16th ed. London (ON): EBRSR. <http://www.ebrsr.com/> (Consulté le 30-01-2015).
- [15] Wirth R, Smoliner C, Jager M, Warnecke T, Leischker AH, Dziewas R, et al. Guideline clinical nutrition in patients with stroke. *Experimental & translational stroke medicine*. 2013; 5(1): 14.
- [16] Health Quality Ontario (HQO), Ministry of Health and Long-Term Care. Quality-Based Procedures: Clinical Handbook for Stroke. 2013: 61 pages.
- [17] Lindsay MP, Gubitz G, Bayley M, Hill MD, Phillips S, Smith EE. Canadian Stroke Best Practice Recommendations (5th ed.). On behalf of the Canadian Stroke Best Practices Advisory Committee and Writing Groups. 2014; Ottawa, Ontario Canada: Heart and Stroke Foundation, Canada.
- [18] Anderson D, Larson D, Bluhm J, Charipar R, Fiscus L, Hanson M et al. Diagnosis and initial treatment of ischemic stroke. Bloomington (MN): Institute for Clinical Systems Improvement (ICSI); 2012: 122 pages.
- [19] National Collaborating Centre for Chronic Conditions. Stroke: Diagnosis and initial management of acute stroke and transient ischaemic attack (TIA). London (UK): National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE), Clinical guideline no. 68; 2008: 37 pages.

- [20] National Collaborating Centre for Chronic Conditions. Stroke: national clinical guideline for diagnosis and initial management of acute stroke and transient ischaemic attack (TIA). London: Royal College of Physicians, 2008: 122 pages.
- [21] Intercollegiate Stroke Working Party. National clinical guideline for stroke, 4th edition. London: Royal College of Physicians, 2012: 208 pages.
- [22] National Stroke Foundation. Clinical guidelines for stroke management 2010. Melbourne, Australia. 2010: 167 pages.
- [23] Heart and Stroke Foundation of Ontario (HSFO), Registered Nurses' Association of Ontario (RNAO). Stroke assessment across the continuum of care. Toronto (ON): Heart and Stroke Foundation of Ontario (HSFO), Registered Nurses' Association of Ontario (RNAO); 2005: 120 pages.
- [24] Registered Nurses' Association of Ontario (RNAO). Stroke assessment across the continuum of care 2011 supplement. Toronto (ON): Registered Nurses' Association of Ontario (RNAO); 2011: 42 pages.
- [25] Scottish Intercollegiate Guidelines Network (SIGN). Management of patients with stroke: identification and management of dysphagia - A national clinical guideline. Edinburgh: SIGN; 2010. (SIGN publication no. 119): 42 pages.
- [26] Scottish Intercollegiate Guidelines Network (SIGN). Brain injury rehabilitation in adults. Edinburgh: SIGN; 2013. (SIGN publication no. 130): 68 pages.
- [27] Agence Nationale d'Accréditation et d'Évaluation en Santé (ANAES). Indications à visée diagnostique de l'endoscopie digestive haute en pathologie oeso-gastro-duodénale de l'adulte à l'exclusion de l'échoendoscopie et l'entéroscopie. 2001: 77 pages.
- [28] Agence Nationale d'Accréditation et d'Évaluation en Santé (ANAES). Prise en charge initiale des patients adultes atteints d'accident vasculaire cérébral - Aspects médicaux - Recommandations pour la pratique clinique. 2002:7 pages.
- [29] Alberta provincial stroke strategy (APSS). Inpatient Care for Acute Stroke Admissions. 2009: 41 pages.
- [30] Alberta provincial stroke strategy (APSS). Emergency Management of Acute Stroke. 2010: 33 pages.
- [31] American Academy of Otolaryngology-Head and Neck Surgery (AAO-HNSF). Flexible Endoscopic Examinations of Swallowing (FEES) - Position Statement. 2013: 1 page.
- [32] American College of Radiology (ACR), Expert Panel on Gastrointestinal Imaging. ACR Appropriateness Criteria dysphagia. 2013: 10 pages.
- [33] American College of Radiology (ACR). ACR practice parameter for the performance of the modified barium swallow. 2014: 8 pages.
- [34] Duncan PW, Zorowitz R, Bates B, Choi JY, Glasberg JJ, Graham GD, et al. Management of Adult Stroke Rehabilitation Care: a clinical practice guideline. *Stroke; a journal of cerebral circulation*. 2005; 36(9): e100-43.
- [35] Summers D, Leonard A, Wentworth D, Saver JL, Simpson J, Spilker JA, et al. Comprehensive overview of nursing and interdisciplinary care of the acute ischemic stroke patient: a scientific statement from the American Heart Association. *Stroke; a journal of cerebral circulation*. 2009; 40(8): 2911-44.
- [36] Miller EL, Murray L, Richards L, Zorowitz RD, Bakas T, Clark P, et al. Comprehensive overview of nursing and interdisciplinary rehabilitation care of the stroke patient: a scientific statement from the American Heart Association. *Stroke; a journal of cerebral circulation*. 2010; 41(10): 2402-48.
- [37] Jauch EC, Saver JL, Adams HP, Jr., Bruno A, Connors JJ, Demaerschalk BM, et al. Guidelines for the early management of patients with acute ischemic stroke: a guideline for healthcare professionals from the American Heart Association/American Stroke Association. *Stroke; a journal of cerebral circulation*. 2013; 44(3): 870-947.
- [38] Sabari J, Lieberman D. Occupational therapy practice guidelines for adults with stroke. Bethesda (MD): American Occupational Therapy Association (AOTA); 2008: 168 pages.
- [39] American Speech-Language-Hearing Association (ASHA). Clinical Indicators for Instrumental Assessment of Dysphagia. 2000. <http://www.asha.org/policy/GL2000-00047/> (Consulté le 30-01-2015).
- [40] American Speech-Language-Hearing Association (ASHA). Roles of Speech-Language Pathologists in Swallowing and Feeding Disorders: Technical Report. Dysphagia Document Review and Revision Working Group. 2001. <http://www.asha.org/policy/TR2001-00150/> (Consulté le 30-01-2015).
- [41] American Speech-Language-Hearing Association (ASHA). Guidelines for Speech-Language Pathologists Performing Videofluoroscopic Swallowing Studies. 2004. <http://www.asha.org/policy/GL2004-00050/> (Consulté le 30-01-2015).

- [42] American Speech-Language-Hearing Association (ASHA). Knowledge and Skills Needed by Speech-Language Pathologists Performing Videofluoroscopic Swallowing Studies. 2004. <http://www.asha.org/policy/KS2004-00076/> (Consulté le 30-01-2015).
- [43] American Speech-Language-Hearing Association (ASHA). Role of the Speech-Language Pathologist in the Performance and Interpretation of Endoscopic Evaluation of Swallowing: Guidelines. 2004. <http://www.asha.org/policy/GL2004-00059/> (Consulté le 30-01-2015).
- [44] Cockeram AW. Canadian Association of Gastroenterology Practice Guidelines: evaluation of dysphagia. *Canadian journal of gastroenterology = Journal canadien de gastroenterologie*. 1998; 12(6): 409-13.
- [45] Association canadienne des orthophonistes et audiologistes (ACOA). Exposé de position de l'ACOA sur la dysphagie chez les adultes. 2007: 7 pages.
- [46] College of audiologists and speech-language pathologists of Ontario (CASLPO). Normes et lignes directrices de pratique sur l'intervention de l'orthophoniste en dysphagie. 2007: 54 pages.
- [47] Les diététistes du Canada. Définir le rôle des diététistes dans l'évaluation et la gestion de la dysphagie. Mars 2015. Disponible au : <http://www.dietitians.ca/Dietitians-Views/Specific-Populations/Dysphagia.aspx?lang=fr-CA>.
- [48] Heart and Stroke Foundation of Ontario. Management of Dysphagia in Acute Stroke, An Educational Manual for the Dysphagia Screening Professional. 2006: 44 pages.
- [49] Irish Association of Speech and Language Therapists' (IASLT). Standards of Practice for Speech and Language Therapists on the Management of Feeding, Eating, Drinking and Swallowing Disorders (Dysphagia). 2012: 53 pages.
- [50] Ordre professionnel des diététistes du Québec (OPDQ). Intervention spécifique du diététiste en dysphagie - avis. 2006: 6 pages.
- [51] Royal College of Speech and Language Therapists (RCSLT). Clinical Guidelines. Chapter 5.8: Disorders of feeding, eating, drinking and swallowing (Dysphagia). Published: Speechmark; 2005: 63-71.
- [52] Royal College of Speech and Language Therapists (RCSLT). Fiberoptic Endoscopic Evaluation of Swallowing (FEES): The role of speech and language therapy. RCSLT Policy Statement; 2007: 39 pages.
- [53] Royal College of Speech and Language Therapists (RCSLT). Videofluoroscopic evaluation of oropharyngeal swallowing disorders (VFS) in adults: The role of speech and language therapists. RCSLT Policy Statement; 2007: 36 pages.
- [54] Singapore Ministry of Health. Stroke and transient ischaemic attacks. Assessment, investigation, immediate management and secondary prevention. MOH Clinical Practice Guidelines; 2009: 57 pages.
- [55] Société Française de Radiologie (SFR), Société Française de Biophysique et de Médecine Nucléaire (SFBMN), Direction Générale de la Sécurité Nucléaire et de la Radioprotection (DGSNR), Agence Nationale d'Accréditation et d'Évaluation en Santé (ANAES). Guide du bon usage des examens d'imagerie médicale. 2005; 100 pages.
- [56] Logemann JA, Veis S, Colangelo L. A screening procedure for oropharyngeal dysphagia. *Dysphagia*. 1999; 14(1): 44-51.
- [57] Rosenbek JC, Robbins JA, Roecker EB, Coyle JL, Wood JL. A penetration-aspiration scale. *Dysphagia*. 1996; 11(2): 93-8.
- [58] Murray J. The Laryngoscopic Evaluation of Swallowing or FEES. In: Manual of Dysphagia Assessment in Adults: Singular Publishing Company; 1999.
- [59] Gouvernement du Québec. Code des professions. 2015; chapitre C-26.



**CHU DE QUÉBEC – Université Laval**

**DIRECTION DE L'ÉVALUATION, DE LA QUALITÉ, DE L'ÉTHIQUE, DE LA PLANIFICATION  
ET DES AFFAIRES JURIDIQUES (DEQEPAJ)**

Unité d'évaluation des technologies et des modes d'intervention en santé (UETMIS)

Hôpital Saint-François d'Assise

10, rue de l'Espinay, Édifice D, D7-724

Québec (Québec) G1L 3L5

Téléphone : 418 525-4444 poste 54682 — Télécopieur : 418 525-4028