

HAUTE ÉCOLE ARC SANTÉ – NEUCHÂTEL

# TRAVAIL DE BACHELOR

Sous la direction de BOUTAGA, Valérie

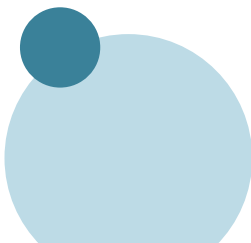
Par

ROMANO, Barbara

PISCOPIELLO, Tatiana

**LES INTERVENTIONS INFIRMIÈRES AMÉLIORANT  
LA QUALITÉ DE VIE DES PERSONNES ÂGÉES  
INSTITUTIONNALISÉES EN EMS SOUFFRANT DE  
DYSPHAGIE**

Juillet 2021



# Table des matières

<b><u>RÉSUMÉ .....</u></b>	<b><u>VIII</u></b>
----------------------------	--------------------

PROBLÉMATIQUE .....	VIII
---------------------	------

CONCEPTS ABORDÉS .....	VIII
------------------------	------

MÉTHODE .....	IX
---------------	----

SYNTHÈSE DES RÉSULTATS ET DISCUSSION.....	IX
---	----

CONCLUSION .....	X
------------------	---

MOTS-CLÉS.....	X
----------------	---

<b><u>REMERCIEMENTS .....</u></b>	<b><u>XI</u></b>
-----------------------------------	------------------

<b><u>CHAPITRE 1 : INTRODUCTION .....</u></b>	<b><u>1</u></b>
---	-----------------

NATURE DU TRAVAIL DE BACHELOR.....	2
------------------------------------	---

PLAN DU TRAVAIL DE BACHELOR.....	3
----------------------------------	---

<b><u>CHAPITRE 2 : PROBLÉMATIQUE .....</u></b>	<b><u>5</u></b>
--	-----------------

MOTIVATION DU QUESTIONNEMENT .....	6
------------------------------------	---

PERTINENCE DE LA QUESTION DE DÉPART POUR LA DISCIPLINE INFIRMIÈRE .....	8
---	---

LE MÉTAPARADIGME INFIRMIER.....	8
---------------------------------	---

LES MODES DE SAVOIRS INFIRMIERS.....	12
--------------------------------------	----

REVUE EXPLORATOIRE .....	18
--------------------------	----

GÉNÉRALITÉS.....	18
------------------	----

CARACTÉRISTIQUES DU MÉCANISME DE DÉGLUTITION .....	18
--	----

SIGNES ET SYMPTÔMES À COURT, MOYEN ET LONG TERME.....	26
PRISE EN SOIN INTERDISCIPLINAIRE DE LA DYSPHAGIE.....	28
ÉTABLISSEMENTS MÉDICO-SOCIAUX .....	33
CONCEPTS RETENUS .....	34
PERSPECTIVES POUR LA PRATIQUE .....	35
<b><u>CHAPITRE 3 : CONCEPTS .....</u></b>	<b><u>37</u></b>
CONCEPTS .....	38
LA DYSPHAGIE.....	38
LA QUALITÉ DE VIE DES PERSONNES ÂGÉES .....	40
LES INTERVENTIONS INFIRMIÈRES EN EMS .....	44
CHAMPS DISCIPLINAIRE INFIRMIER .....	48
LA THÉORIE DE L'HUMAINEVENANT .....	48
« VIVANT L'ART DE L'HUMAINEVENANT » (PARSE, 2014, P.95) .....	52
LIEN AVEC LA QUESTION DE DÉPART .....	53
<b><u>CHAPITRE 4 : MÉTHODE .....</u></b>	<b><u>56</u></b>
UTILISATION DE LA MÉTHODE « PICOT » .....	57
TABLEAU DES RÉSULTATS ET REQUÊTE DE RECHERCHE .....	58
SÉLECTION DES ARTICLES.....	60
ANALYSE DES ARTICLES.....	61
<b><u>CHAPITRE 5 : SYNTHÈSE DES RÉSULTATS ET DISCUSSION .....</u></b>	<b><u>62</u></b>
SYNTHÈSE DES RÉSULTATS .....	63
ARTICLE 1.....	63

ARTICLE 2.....	63
ARTICLE 3.....	64
ARTICLE 4.....	65
ARTICLE 5.....	66
ARTICLE 6.....	67
ARTICLE 7.....	68
ARTICLE 8.....	69
ARTICLE 9.....	70
ARTICLE 10 .....	71
DÉVELOPPEMENT DES RÉSULTATS EN LIEN AVEC LA QUESTION « PICOT ».....	72
ACTIONS INTERVENTIONNELLES INFIRMIÈRES .....	72
APPROCHE DU SOIGNANT .....	74
PERSPECTIVE POUR LA PRATIQUE .....	77
LIEN ENTRE LA SYNTHÈSE DES RÉSULTATS ET LE CADRE THÉORIQUE.....	78
<b><u>CHAPITRE 6 : CONCLUSION .....</u></b>	<b>80</b>
APPORT DU TRAVAIL .....	81
ÉLÉMENTS FACILITANTS.....	82
ÉLÉMENTS CONTRAIGNANTS .....	82
LIMITES .....	83
PERSPECTIVES POUR LA RECHERCHE .....	85
<b><u>CHAPITRE 7 : RÉFÉRENCES.....</u></b>	<b>87</b>
<b><u>CHAPITRE 8 : ANNEXES .....</u></b>	<b>95</b>

<b>APPENDICE A .....</b>	<b>96</b>
MÉTHODOLOGIE DE RECHERCHE ET SÉLECTION DES ARTICLES.....	96
<b>APPENDICE B .....</b>	<b>102</b>
GRILLE DE TÉTREAUULT - ARTICLE 1 .....	102
GRILLE DE TÉTREAUULT - ARTICLE 2 .....	118
GRILLE DE TÉTREAUULT - ARTICLE 3 .....	133
GRILLE DE TÉTREAUULT - ARTICLE 4 .....	151
GRILLE DE TÉTREAUULT - ARTICLE 5 .....	165
GRILLE DE TÉTREAUULT - ARTICLE 6 .....	182
GRILLE DE TÉTREAUULT - ARTICLE 7 .....	199
GRILLE DE TÉTREAUULT - ARTICLE 8 .....	212
GRILLE DE TÉTREAUULT - ARTICLE 9 .....	224
GRILLE DE TÉTREAUULT - ARTICLE 10 .....	241

## Liste des tableaux

Tableau 1 : Méthodologie « PICOT » .....	p.58
Tableau 2 : Mots-clés et descripteurs .....	p.59
Tableau 3 : Méthodologie de recherche .....	p.96
Tableau 4 : Autres exemples d'équations .....	p.100

## Liste des abréviations courantes

EMS	Établissement médico-social
ORL	Oto-rhino-laryngé
SNG	Sonde nasogastrique
RGO	Reflux gastro-œsophagien
AINS	Anti-inflammatoire non stéroïdien
AVQ	Activité de la vie quotidienne
ASSC	Assistant en soins et santé communautaire
AS	Auxiliaire de soins
EAT-10	Eating assessment tool – 10
OMS	Organisation mondiale de la santé
IMC	Indice de masse corporelle
RTM	Régime à texture modifiée
GUSS	Gugging swallowing screen
CDS	Care Dependency Scale
DO	Dysphagie oropharyngée
LPZ	National Prevalence Measurement of Quality of Care

## Résumé

### Problématique

La déglutition, un « acte réflexe » physiologique, s'effectue grâce à différentes fonctions mécanique, sensitive et neurologique (Collectif Larousse, 2006, p.341; Schweizer, 2010). Néanmoins, différentes causes, notamment de nature neurologique, iatrogène, obstructive, ou liée au vieillissement, peuvent perturber ce mécanisme (Landrin, Capet, & Menager, 2016; Schweizer, 2010). Cette perturbation peut alors se manifester premièrement par des fausses routes alimentaires (Wirth et al., 2016). Par ailleurs, la dysphagie peut évoluer sur le long terme, induisant une succession de complications telles que la pneumonie et la malnutrition, impactant inévitablement la qualité de vie de la personne (Homecare Direction, 2018; Malhi, 2016; Thompson, 2016). Dans le but d'intervenir sur les signes, les symptômes et les complications du trouble, il est donc essentiel d'instaurer un réseau interdisciplinaire assurant la qualité des soins (Dayer & Lachat, 2019; Thompson, 2016). De plus, au vu d'une population mondiale vieillissante, il semble pertinent d'orienter l'attention vers les établissements médico-sociaux (EMS) (Organisation des Nations Unies, Department of Economic and Social Affairs, & Population Division, 2020).

### Concepts abordés

À la suite de la revue exploratoire menée par les auteures de ce travail, la dysphagie, la qualité de vie des personnes âgées et les interventions infirmières en EMS représentent les trois concepts retenus et approfondis dans



le troisième chapitre. Ensuite, en admettant que Parse (2014) considère la qualité de vie telle que la personne elle-même la conçoit, les auteures décident d'éclairer la question initiale à travers la théorie de l'humaindevenant (Baumann & Söderhamn, 2005).

## **Méthode**

Tout d'abord, les auteures ont constitué une question de recherche selon la méthode « PICOT ». Les mots-clés émanant de celle-ci ont ensuite été identifiés et traduits en anglais. Puis, selon la base de données utilisée, différents descripteurs propres à celle-ci ont été utilisés afin de mener la recherche scientifique. À la suite d'une sélection rigoureuse guidée par des critères d'inclusion et d'exclusion, dix articles ont été retenus. Plus précisément, deux études quantitatives, trois études qualitatives, deux études quantitatives transversales, une étude de cohorte prospective, une étude observationnelle prospective et un essai contrôlé randomisé ont été analysés à travers la grille de Tétreault et sont présentés en appendice B (Tétreault, Sorita, Ryan, & Ledoux, 2014).

## **Synthèse des résultats et discussion**

Afin de répondre à la question « PICOT », les résultats ont été discutés à travers l'élaboration de deux thématiques principales.

Alors que certains résultats prouvent que la dysphagie provoque une malnutrition et une augmentation de la dépendance (Huppertz et al., 2018; Jukic Peladic et al., 2019), d'autres études démontrent que des interventions

infirmières, telles qu'une adaptation de la texture et l'entraînement neuromusculaire oral (Burger et al., 2019; Hägglund, Hägg, Wester, & Levring Jäghagen, 2019; Okkels et al., 2018; Zanini et al., 2017), ainsi qu'une approche centrée sur la personne adoptée par le soignant, améliorent notamment la fonction de déglutition, l'état nutritionnel et par conséquent la qualité de vie des patients (Chen et al., 2016; Gilmore-Bykovskyi & Rogus-Pulia, 2018; Lea, Goldberg, Price, Tierney, & McInerney, 2017; Shune & Linville, 2019).

## **Conclusion**

En définitive, les auteurs jugent nécessaire de proposer des formations aux professionnels de la santé afin d'approfondir leurs connaissances et leur sensibilité aux troubles de la déglutition. De plus, il semble nécessaire de mener davantage d'études de recherche afin d'établir des guidelines infirmiers améliorant ainsi la prise en soin des patients dysphagiques (Huppertz et al., 2018; Lea et al., 2017).

## **Mots-clés**

Dysphagie ; interventions infirmières ; qualité de vie ; EMS ; personnes âgées institutionnalisées.

*Les auteures de ce travail de Bachelor informent les lecteurs,-trices que l'utilisation du genre masculin sur l'ensemble du travail a été adoptée dans le seul but de faciliter la lecture et n'a donc aucune intention discriminatoire (Chercher pour trouver, 2009).*

## **Remerciements**

L'élaboration de ce travail de Bachelor a été réalisée à l'aide de nombreuses personnes soutenant, conseillant et réconfortant les auteures.

Tout d'abord, les membres du groupe souhaitent remercier tout particulièrement Madame Boutaga Valérie, directrice de travail de Bachelor, pour sa disponibilité, sa rigueur, ses conseils lors de fragmentation du groupe et son soutien lors des moments de doutes liés à la pandémie COVID-19. Effectivement, malgré le retard accumulé à la suite d'une année bouleversée par une crise sanitaire, Madame Boutaga a parfaitement su soutenir chacun des membres du groupe par ses mots rassurants.

Un remerciement sincère s'adresse également aux différents enseignants de la Haute École Arc. Premièrement, les auteures remercient Monsieur Schirlin Olivier et Monsieur Comte Pascal pour avoir expliqué en détails les différents chapitres composant ce travail à travers plusieurs enseignements dispensés durant la deuxième et la troisième année de formation. Deuxièmement, les auteures remercient infiniment Monsieur Voirol Christian qui a brillamment dispensé les cours abordant les analyses statistiques ainsi que les méthodologies quantitatives et qualitatives, sans lesquels l'interprétation des résultats des études n'aurait pas été possible. Troisièmement, les auteures remercient Mme Nunes Mariana, infirmière et praticienne formatrice à l'établissement médico-social « Mon Repos », qui a su

guider le groupe dans la compréhension et dans l'application de la théorie de soins de l'humain devenant.

Ensuite, les auteures souhaitent sincèrement remercier Madame Piscopiello Leila, juriste de profession et également la sœur d'un membre du groupe, pour son temps accordé à la relecture de ce travail de Bachelor, ainsi que Monsieur Kessler David, médiamaticien de formation et l'ami d'un membre du groupe, pour son aide concernant la mise en forme de ce travail.

Finalement, une reconnaissance particulière est adressée aux proches des membres du groupe qui ont participé, chacun à leur manière, à l'aboutissement de ce travail de Bachelor.

## **Chapitre 1 : Introduction**

## **Nature du Travail de Bachelor**

Dans le cadre de la formation Bachelor en Soins Infirmiers, un module dédié à la recherche scientifique permet aux futurs professionnels de la santé d'appréhender les problématiques rencontrées sur le terrain avec réflexivité. Cette compétence développée permet non seulement d'identifier et de répondre à des questions pertinentes et utiles en lien avec des situations rencontrées sur le terrain, mais elle permet également de faire évoluer les pratiques infirmières afin de garantir la meilleure qualité de soins. À travers l'apprentissage et la maîtrise de l'art de la recherche permettant la manipulation et l'interprétation des études scientifiques, les interventions infirmières dites « automatiques » dépourvues de toute réflexivité deviennent des interventions basées sur des résultats probants issus de la recherche scientifique. Ainsi, les futurs professionnels sont dotés d'un bagage complet leur permettant d'argumenter leur pratique scientifiquement validée (Mondoux, 2014).

En ce sens, l'élaboration d'un travail de Bachelor en fin de carrière estudiantine est entreprise en groupe à travers l'analyse d'articles scientifiques trouvés dans différentes bases de données ainsi que l'utilisation d'autres références théoriques dans le but de rédiger une revue de littérature. Guidée par une question de recherche initialement proposée par le corps professoral, l'intention objective visée par ce travail est la recherche de réponses tangibles

à la question provenant de la clinique, à travers une analyse scientifique rigoureuse (Mondoux, 2014).

## **Plan du Travail de Bachelor**

Les différents chapitres composant ce travail de Bachelor sont exposés ci-après. La première partie est dédiée au développement de la problématique. Pour ce faire, les auteures de ce travail ont tout d'abord présenté leur motivation quant à l'exploration de la thématique de la dysphagie (Mondoux, 2014). L'élaboration de ce chapitre se poursuit par l'argumentation de la pertinence du sujet traité dans la discipline des soins infirmiers à travers les concepts du métaparadigme infirmier et des modes de savoirs infirmiers (Fawcett, 1978; dans Fawcett, 2005 ; Carper, 1978; dans Pepin, Ducharme, & Kérouac, 2017; Chinn & Kramer, 2008; dans Gagnon, Lechasseur, & Milhomme, 2014 ; Mondoux, 2014). Afin d'élargir les connaissances des membres du groupe, les auteures effectuent une revue exploratoire, recensant ainsi les connaissances théoriques nécessaires à la compréhension de la problématique dans sa globalité. Par la suite, les auteures mettent en évidence les concepts-clés émergeant de la question de recherche et terminent ce chapitre par une présentation de perspectives potentielles pour la pratique (Mondoux, 2014).

À l'aide de références littéraires et scientifiques, le chapitre suivant est premièrement consacré à la définition et à l'approfondissement des concepts pertinents préalablement identifiés à travers la question de recherche ainsi

qu'à l'exploration de la littérature. Deuxièmement, un cadre théorique émanant de la discipline infirmière et éclairant pertinemment la thématique étudiée est approfondi par les auteures (Mondoux, 2014).

Le prochain chapitre consiste à présenter la méthode utilisée dans ce travail (Mondoux, 2014). Tout d'abord, la question de recherche est délimitée à l'aide de la méthode « PICOT » afin de préciser la population, le contexte de soins ainsi que l'objet de recherche (Melnik & Fineout-Overholt, 2011 ; Mondoux, 2014). Ensuite, les auteures décrivent les différentes étapes guidant la recherche des articles scientifiques dans les bases de données, suivi de la méthode de sélection des articles retenus, ceux-ci ayant été jugés pertinents (Mondoux, 2014).

À la suite de l'analyse des articles à travers la grille de Tétreault présentée dans l'appendice B, la synthèse des résultats est présentée dans ce chapitre (Mondoux, 2014 ; Tétreault et al., 2014). Ensuite, les auteures discutent de ceux-ci en les liant à la question de recherche sous sa forme « PICOT » puis concluent cette partie en amenant des propositions et des perspectives potentielles pour la pratique (Melnik & Fineout-Overholt, 2011 ; Mondoux, 2014).

En définitive, ce travail de Bachelor est finalisé par le chapitre présentant la conclusion. Les auteures relèvent les éléments qui ont été jugés comme facilitants et contraignants durant l'écriture de celui-ci. Après la mise



en évidence des limites, les membres du groupe proposent finalement des perspectives pour les recherches futures (Mondoux, 2014).

## **Chapitre 2 : Problématique**

## **Motivation du questionnaire**

« La qualité de vie des personnes âgées dépend largement de ce qu'elles boivent et de ce qu'elles mangent » (Mias, 2003, p.2). Par cette phrase, l'importance de l'accomplissement de ces besoins fondamentaux prend tout son sens, rendant les mécanismes en jeu intéressants.

À la suite d'une discussion traitant des différentes expériences vécues par les auteures de ce travail, la problématique des troubles de la déglutition a immédiatement émergée, intéressant le groupe par son aspect omniprésent dans toutes les institutions de soins et la nécessité d'une prise en soin interdisciplinaire, outre la discipline infirmière. En effet, les troubles de la déglutition touchent jusqu'à 13% de la population totale, une prévalence qui augmente notamment avec l'âge (Wirth et al., 2016). Ainsi, cette problématique fréquemment rencontrée a attisé la curiosité des membres bien avant la mise à disposition des sujets de ce travail de Bachelor. De plus, d'après les expériences professionnelles vécues par les membres du groupe, la dysphagie semble impacter de manière significative la qualité de vie des personnes, indépendamment de la cause initiale. C'est pourquoi il a été jugé nécessaire de porter une attention particulière aux différentes interventions infirmières prévenant les risques et les conséquences d'un trouble de déglutition.

L'intérêt porté sur la question de départ se justifie également par l'exposition accrue des patients aux risques encourus lors de la présence d'une dysphagie. En effet, manger et boire étant des besoins fondamentaux

essentiels à la survie, les personnes dysphagiques sont journallement confrontées à leur difficulté à déglutir. Par ailleurs, à la suite des expériences personnelles vécues par les auteures de ce travail notamment dans des EMS, il a été constaté que de nombreux patients âgés dysphagiques présentaient ou ont présenté des signes de complication du trouble de la déglutition. Néanmoins, il n'est pas rare que les adultes âgés soient inconscients de leur problématique. C'est pourquoi, la dysphagie est souvent faiblement mise en cause lors d'une apparition de conséquences telles que la dénutrition ou encore la déshydratation. À cela s'ajoute la sous-reconnaissance de la dysphagie malgré l'existence de tests de dépistage, renforçant ainsi la faiblesse de détection et de prise en soin de celle-ci (Wirth et al., 2016).

En adhérant à l'idée que les infirmiers soient proches du patient, il est de l'intérêt de la discipline infirmière d'affiner les compétences d'observation en regard d'un potentiel trouble de la déglutition afin d'intervenir de manière préventive, dans un premier temps en élaborant une anamnèse et en procédant à un examen clinique, et dans un second temps en effectuant un test de dépistage. De là pourra découler la prise en soin du client et la mobilisation d'autres professionnels de la santé, constituant ainsi l'équipe interdisciplinaire.

De ce fait, le bilan de ces informations rassemble donc les auteures sur le choix de la question initiale, qui est la suivante : « *Quelles sont les*

*interventions infirmières les plus appropriées pour la prévention des risques de fausses routes chez la personne atteinte de troubles de la déglutition ? ».*

## **Pertinence de la question de départ pour la discipline infirmière**

### **Le métaparadigme infirmier**

Le métaparadigme a été utilisé par Smith (1979 ; dans Fawcett, 2005) pour délimiter, organiser et structurer les phénomènes infirmiers. En effet, à travers une perspective ainsi qu'une conception plus abstraite des connaissances infirmières, il détermine le champ d'activité de la discipline infirmière (Fawcett, 2005). Plus précisément, Fawcett (1978; dans Fawcett, 2005) met en évidence quatre concepts fondamentaux composant le métaparadigme, représentant également les unités centrales de la discipline infirmière : la personne, l'environnement, la santé et les soins infirmiers (Fawcett, 2005). Dans les pages qui suivent, chaque concept sera repris, défini et mis en lien avec la question de départ afin de démontrer la pertinence de celle-ci pour les soins infirmiers.

**L'être humain.** Selon Fawcett (2005), le concept d'être humain se réfère à l'individu, à sa famille, à ses proches, à sa communauté ainsi qu'à toutes autres personnes participant aux soins. En considérant l'individu dans sa globalité, rassemblant ainsi la dimension biologique, psychologique et

sociale, la problématique de la dysphagie semble ne pas atteindre essentiellement l'aspect physique de la personne.

En effet, d'un point de vue social, l'individu atteint de trouble de la déglutition pourrait ne plus souhaiter partager de moments conviviaux, ceux-ci devenus désormais une source d'anxiété, s'expliquant par une diminution du sentiment de sécurité ou à l'inverse par l'augmentation du sentiment de gêne, liés aux complications de la maladie. Ceci pourrait alors, à long terme, conduire la personne vers un isolement social et un développement d'une réticence envers la nourriture, l'impactant par conséquent, sur le plan biologique, psychologique et sociale. Finalement, la dysphagie, par son aspect handicapant, pourrait également entraîner une perturbation de l'image de soi ainsi qu'une baisse de l'estime de soi (Ekberg, Hamdy, Woisard, Wuttge-Hannig, & Ortega, 2002; Thompson, 2016).

**L'environnement.** L'environnement fait référence à l'interaction constante de l'être humain avec ce qui l'entoure, tant les autres individus que le monde physique. Cet environnement prend en compte les contextes dans lesquels sont donnés les soins, allant des lieux privés aux institutions publiques (Fawcett, 2005).

Comme mentionné précédemment, la personne atteinte d'un trouble de la déglutition peut s'isoler du monde social, par crainte de manifester des symptômes de la maladie en présence d'autres individus. Alors que manger et boire représentent des expériences sociales et agréables pour les individus et

que le repas est souvent central durant les moments de fête et les célébrations familiales, le trouble de la déglutition peut affecter la qualité des relations et par conséquent, détruire les opportunités sociales. Ceci peut susciter un sentiment d'angoisse et plus particulièrement d'exclusion, influençant par ailleurs, non seulement l'estime de soi mais également l'estime des autres (Ekberg et al., 2002; Malhi, 2016).

De plus, en fonction du stade de gravité de la maladie, des moyens auxiliaires peuvent être nécessaires, tels qu'une cuillère ou un verre spécifique, pouvant également engendrer un sentiment de dissemblance face à l'autre (Dayer & Lachat, 2019; Thompson, 2016). Néanmoins, un environnement calme et sans distraction peut représenter un milieu propice et sûr pour la personne en difficulté, diminuant ainsi les ressentis négatifs liés à la prise de repas (Dayer & Lachat, 2019; Ekberg et al., 2002; Thompson, 2016).

**La santé.** Fawcett (2005) définit le concept de santé comme « le processus humain de vie et de mort ». De plus, Pepin, Ducharme et Kérouac (2017) ajoutent l'aspect subjectif et unique, précisant que les événements en lien avec ce processus, tels que la maladie, sont propres à l'individu.

Dans le cadre de notre question, la dysphagie, pouvant être d'origines multiples telles qu'une atteinte neurologique, un cancer ou simplement une dégénérescence liée à l'âge avancé, peut ne pas être réversible et se péjorer par la suite (Schweizer, 2010). A cela s'ajoute l'impact de la maladie sur certains besoins fondamentaux de l'être humain. Premièrement, l'impossibilité

d'accomplir le besoin de se nourrir et de s'hydrater peut engendrer, à long terme, une dénutrition et une déshydratation, pouvant entraîner par la suite un risque potentiel de mort (Malhi, 2016; Thompson, 2016; Wirth et al., 2016). Deuxièmement, les fausses routes engendrées par la dysphagie peuvent entraver le besoin de respirer par un risque potentiel de développer une pneumopathie ou plus grièvement une asphyxie, portant une atteinte directe sur la vie (Wirth et al., 2016). En conséquence, un trouble de la déglutition, par son impact sur les trois dimensions, peut diminuer considérablement la qualité de vie de l'individu (Malhi, 2016).

**Les soins infirmiers.** La notion de soins infirmiers se réfère d'une part aux actions infirmières réalisées en fonction des besoins de l'individu, et d'autre part aux objectifs ainsi qu'aux résultats atteints, découlant de celles-ci. De plus, ces actions s'inscrivent dans un processus mutuel entre le soignant et la personne (Conseil International des Infirmières, 2002; Fawcett, 2005). En ce sens, Fawcett (2005) précise cette notion en le considérant comme un processus partagé entre les bénéficiaires et les donneurs de soins.

Dans la thématique de ce travail, la notion d'interventions infirmières représente le concept des soins infirmiers. Plus précisément, dans le but de mettre en évidence les personnes à risque de fausses routes afin de prévenir toute complication, l'infirmier sera amené dans un premier temps à utiliser ses compétences d'observation à travers un recueil de données minutieux, puis dans un deuxième temps à réaliser un examen clinique ainsi qu'un test de



dépistage. De plus, l'atteinte de ce but nécessite une prise en soin interdisciplinaire. Ainsi, le rôle de l'infirmier prend la place centrale au cœur de la collaboration, permettant à terme l'élaboration d'un plan de soin individualisé et un suivi thérapeutique de qualité (Dayer & Lachat, 2019; Malhi, 2016).

### **Les modes de savoirs infirmiers**

Carper (1978; dans Pepin, Ducharme, & Kérouac, 2017) définit quatre modes de savoirs infirmiers : le savoir empirique, le savoir esthétique, le savoir personnel et le savoir éthique. D'autres auteurs, comme Chinn et Kramer (2008; dans Gagnon, Lechasseur, & Milhomme, 2014), complètent ces derniers avec le savoir émancipatoire. Le développement de ceux-ci est un processus dynamique qui permet une réflexion et une transformation personnelle. Dans la pratique, ces savoirs sont utilisés de manière interdépendante dans les situations de soins afin, d'une part, de pouvoir les appréhender avec toutes leurs complexités, et d'une autre part, d'exercer une pratique efficiente centrée sur la globalité de la personne (Gagnon et al., 2014; Pepin et al., 2017).

**Le savoir empirique.** « Qu'est-ce que c'est ? » « Comment cela fonctionne ? » (Chinn & Kramer, 2015; dans Pepin et al., 2017, p.20). Ces questions, par leurs réponses, permettent le développement du savoir empirique. Celui-ci est lié aux connaissances provenant de la recherche, des théories et des descriptions scientifiques, permettant ainsi la description,

l'explication, la prédiction, l'exploration ou encore la compréhension des phénomènes liés à la discipline infirmière (Gagnon et al., 2014; Pepin et al., 2017). Dans la pratique, l'infirmier pourra alors utiliser ce savoir en mobilisant ses connaissances dans le but de les lier à son observation.

Dans cette thématique, il est important, en tant qu'infirmier, d'avoir des connaissances approfondies sur l'ensemble de la problématique de la dysphagie. Grâce au développement des connaissances physiopathologiques ainsi qu'à l'intégration des meilleures pratiques issues de la recherche scientifique, l'infirmier saura adapter ses interventions en fonction de l'évolution de la maladie. De même, il lui sera également possible de transmettre ses savoirs, en les adaptant aux capacités cognitives de la personne, permettant ainsi l'instauration d'un projet de soins coopératif avec le patient. De plus, les données empiriques offrent la possibilité d'explorer et de décrire le phénomène de la dysphagie. Ceci permet à l'infirmier de se questionner sur la pertinence de ses interventions, de réactualiser les protocoles de soins et d'employer de manière consciente et judicieuse les outils d'évaluation standardisés dans un but ultime d'améliorer, à plus long terme, l'accompagnement et la qualité de vie des patients (Gentizon et al., 2016).

**Le savoir personnel.** « Est-ce que je sais ce que je fais ? » « Est-ce que je fais ce que je sais ? » (Chinn & Kramer, 2015; dans Pepin et al., 2017, p.19). Ce questionnement permet le développement du savoir personnel. En effet, celui-ci est constitué principalement de l'expérience personnelle de

l'infirmier et de sa compréhension subjective de lui-même et de l'autre. Grâce à cette connaissance de soi, provenant de l'intellect et de l'intuition, l'infirmier peut alors comprendre de manière sensible une situation de soins et sa propre réaction face à celle-ci (Pepin et al., 2017). Finalement, ce savoir s'exprime dans la relation au travers de la posture ouverte et authentique de l'infirmier (Rogers, 1969; dans Chalifour, 1989; Pepin et al., 2017).

Dans le cas de notre thématique, il est important pour l'infirmier d'avoir une attitude empathique envers le patient afin de comprendre ses émotions et ses idées sans jugement. Dans la prise en soins d'un patient dysphagique, l'infirmier peut attribuer sa propre signification à la nutrition, aux aliments ainsi qu'aux moments de repas, émanant de ses croyances et de sa culture. De ce fait, il est essentiel dans la relation soignant-soigné que l'infirmier soit authentique par une attitude congruente avec ses propres valeurs. De cette manière, la relation avec l'autre sera une source d'enrichissement, de connaissances et de compétences par la rencontre/confrontation des savoirs personnels de chacun (Rogers, 1969; dans Chalifour, 1989).

**Le savoir éthique.** « Est-ce que cela est juste ? » « Est-ce que cela est responsable ? » (Chinn & Kramer, 2015; dans Pepin et al., 2017, p.20). Ces questions, que se pose l'infirmier, permettent le développement du savoir éthique. Celui-ci nécessite une connaissance des positions philosophiques, des valeurs et des mœurs sociales dont proviennent le raisonnement éthique et la déontologie infirmière (Pepin et al., 2017). Ces connaissances permettent de

clarifier les valeurs de chacun ainsi que d'avoir un aperçu des décisions et des orientations possibles concernant les choix des soignants, devant être bons, responsables, justes et souhaitables pour le sujet (Gagnon et al., 2014).

Dans le contexte de dysphagie, il se peut que l'infirmier se retrouve face à des dilemmes éthiques. Effectivement, il peut s'avérer difficile de trouver l'équilibre entre l'importance d'un apport énergétique suffisant ainsi que la nécessité d'une adaptation de l'alimentation, tout en respectant les valeurs du patient, de sa famille, de la société ou encore de l'institution (Thompson, 2016).

**Le savoir esthétique.** « Qu'est-ce que cela signifie ? » « En quoi cela est-il significatif ? » (Chinn & Kramer, 2015; dans Pepin et al., 2017, p.19). Ces questions, par leurs réponses, permettent le développement du savoir esthétique. Celui-ci, également défini comme l'art des soins infirmiers, consiste en une appréciation intense du sens d'une situation donnée (Gagnon et al., 2014). Dans la pratique, il peut s'exprimer au travers d'actions, de comportements, d'attitudes et d'interactions de l'infirmier envers les patients (Chinn & Kramer, 2015). Plus précisément, ce savoir permet, premièrement, de reconnaître l'unicité de la personne et deuxièmement, la compréhension du sens profond des situations vécues par cette dernière et ses proches, dans le but final de reconnaître les besoins du sujet et d'améliorer la qualité des soins (Gagnon et al., 2014; Pepin et al., 2017).

Le développement de ce savoir chez l'infirmier va permettre une meilleure appréciation et anticipation des situations. Ainsi, notamment dans le cas de trouble de la déglutition, il lui sera donc possible d'agir de manière appropriée lors de l'identification d'un changement d'état ou l'apparition d'un besoin. Plus précisément, l'infirmier sera créatif dans la mise en place de moyens auxiliaires et dans l'apprentissage de leur utilisation tout en tenant compte des connaissances et du profil d'apprenant du patient. En effet, l'infirmier mobilise sa créativité dans le but d'adapter ses interventions à la personne et à ses capacités (Honey & Mumford, 1982; Revillot, 2016).

**Le savoir émancipatoire.** « Qu'est-ce qui ne va pas dans ce tableau ? » « Quels changements sont nécessaires ? » (Chinn & Kramer, 2015; dans Pepin et al., 2017, p.22). Ces questionnements permettent le développement du savoir émancipatoire. Dans le but de compléter les savoirs présentés par Carper (1978; dans Gagnon et al., 2014), White (1995; dans Gagnon et al., 2014) propose une vision plus large de la relation entre l'infirmier et le patient en la situant au-delà du contexte de soins. En effet, la relation considère le lien qui existe entre la personne et la société. A partir de ce développement, Chinn et Kramer (2008; dans Gagnon et al., 2014) proposent le savoir émancipatoire comme étant la capacité à prendre conscience et à porter une réflexion critique de la situation sociale, culturelle et politique des patients. Ceci dans le but de déceler et de réduire toutes formes d'inégalité et d'injustice (Gagnon et al., 2014).

Autrement dit, ce savoir permet à l'infirmier d'analyser les situations de soins complexes et de prendre des décisions afin de défendre la personne et l'équité dans les soins (Gagnon et al., 2014). Ainsi, dans la pratique, le rôle de l'infirmier pourrait être assimilé à celui d'un avocat. Plus précisément, ce savoir pourrait être identifié dans la défense des droits des patients dysphagiques auprès des institutions de soins, réclamant par exemple la nécessité d'augmenter le temps et le personnel à disposition lors des repas. En effet, ce changement d'organisation offrirait aux sujets la possibilité d'apprécier les repas avec l'aide qui leur est nécessaire, sans ressentir de pression extrinsèque (Thompson, 2016).

De plus, selon Ekberg et al. (2002), en raison d'un sous-diagnostic réduisant ainsi la probabilité d'une considération de la problématique dans le projet de soins, la personne cesse d'exprimer ses plaintes étant donné l'absence d'amélioration de la fonction de déglutition, malgré l'impact significatif sur son confort. Ainsi, la conception d'une prise en soins holistique permettrait d'élaborer des interventions infirmières adaptées aux besoins spécifiques de la personne (Ekberg et al., 2002).

## **Revue exploratoire**

### **Généralités**

La déglutition est un « acte réflexe » physiologique permettant à l'être humain de s'alimenter ainsi que de s'hydrater (Collectif Larousse, 2006, p.341). C'est donc une des actions permettant l'accomplissement du deuxième besoin fondamental selon la théorie de Virginia Henderson, celui de manger et boire de manière appropriée (Boittin, Lagoutte, & Lantz, 2002). Cependant, la prévalence de la dysphagie s'accroît conjointement au vieillissement de la population. En effet, les statistiques démontrent une augmentation de 17% de cette prévalence entre les sujets âgés de 70 à 79 ans et ceux âgés de 80 ans et plus (Wirth et al., 2016). Or, il a été constaté par les auteures, à travers leurs expériences professionnelles dans différentes institutions de soins, que le dépistage de ce trouble est effectué parfois tardivement avec, pour conséquences, des risques de complications majorés. C'est pourquoi il est considérablement important d'élaborer des interventions infirmières préventives.

### **Caractéristiques du mécanisme de déglutition**

Avant de pouvoir s'intéresser aux interventions infirmières préventives chez les personnes atteintes de dysphagie, il est essentiel pour les auteures de définir et de comprendre la déglutition sur le plan physiologique.

**La déglutition – définition et physiologie.** La déglutition est définie comme une « action de déglutir une substance par la bouche et le pharynx

au-delà du sphincter cricopharyngien, à travers l'œsophage puis dans l'estomac » (Maniez & Digital, 2009). Cette action peut être segmentée en quatre temps, débutant par la phase préparatoire, puis la phase orale, suivie de la phase pharyngée et se terminant par la phase œsophagienne. Afin de mener à bien cette fonction, l'acte de déglutir nécessite la mobilisation de plusieurs organes, une trentaine de muscles, six paires de nerfs crâniens et quatre paires de nerfs cervicaux (Auzou, 2007a; Schweizer, 2010).

Avant d'envisager la déglutition d'un aliment de manière appropriée, la phase orale préparatoire est nécessaire (Schweizer, 2010). Effectivement, la nourriture, solide ou liquide, doit être approchée au niveau de la cavité buccale (Bleeckx, Postiaux, & Reyckler, 2001). Sitôt que l'aliment est en bouche, la tentative de reconnaissance des caractéristiques de celui-ci, telles que le volume par exemple, se met en place et la mastication débute. En effet, l'aliment doit être coupé, déchiré et mastiqué à l'aide de mouvements répétitifs des dents. Durant cette phase, la langue a pour rôle de diriger les différents aliments au niveau des dents, puis de les insaliver afin de constituer le bol alimentaire (Auzou, 2007a; Bleeckx et al., 2001; Marieb & Hoehn, 2015; Schweizer, 2010).

Une fois ce bol alimentaire constitué, la phase orale, consistant à diriger celui-ci au niveau du pharynx, peut débuter. Pour ce faire, la pointe de la langue se place contre le palais et engendre volontairement une pression sur



les aliments mâchés qui seront par conséquent propulsés dans le pharynx (Auzou, 2007a; Bleeckx et al., 2001; Marieb & Hoehn, 2015).

Une fois cette étape terminée, la phase pharyngée, de type involontaire contrairement à celle qui précède, s'enclenche. Cette troisième phase est réglée par le centre de la déglutition qui se trouve dans le bulbe rachidien. Plusieurs mécanismes physiologiques vont permettre au bol alimentaire d'aller dans l'œsophage tout en sécurisant les voies aériennes. Plus précisément, le voile du palais va s'élever vers le nasopharynx dans le but de protéger les cavités nasales d'un potentiel reflux. Par la suite, la base de la langue va alors, dans un premier temps, s'abaisser afin de permettre le glissement du bolus dans le pharynx, puis, dans un deuxième temps, se retirer afin de le pousser dans l'hypopharynx. Le mécanisme se poursuit ensuite par la fermeture étanche du larynx, provoquant ainsi l'arrêt momentané de la respiration. Ce mécanisme est indispensable afin d'assurer la protection des voies respiratoires et permettre, à l'aide de la pression occasionnée par le bol alimentaire, l'ouverture du sphincter œsophagien supérieur (Auzou, 2007a; Bleeckx et al., 2001; Marieb & Hoehn, 2015).

Finalement, la phase œsophagienne s'enclenche, permettant au bol alimentaire d'arriver dans l'estomac, là où la digestion pourra commencer. Pour ce faire, le bolus avance dans l'œsophage grâce au péristaltisme. Par la suite, le sphincter inférieur se détend afin de permettre la

progression du bol dans l'estomac, puis se referme immédiatement dans le but d'empêcher les potentiels reflux (Bleeckx et al., 2001; Marieb & Hoehn, 2015).

Comme dit précédemment, la déglutition est sous contrôle neurologique, mobilisant plusieurs nerfs crâniens. Celui-ci va se faire grâce aux voies afférentes et efférentes. Plus précisément, les caractéristiques du bol alimentaire engendrent une stimulation sensitive, telle que la chaleur, et sensorielle, telle que le goût. Celle-ci est détectée par les différents récepteurs des paires de nerfs se trouvant dans la cavité buccale et/ou pharyngée. Les informations détectées seront alors envoyées via les nerfs crâniens au thalamus et au cortex, en passant par le tronc cérébral. Après analyse du message, une réponse motrice adéquate, activatrice ou inhibitrice, sera envoyée depuis le tronc cérébral jusqu'aux muscles concernés (Bleeckx et al., 2001).

**Les troubles de la déglutition – définition, étiologie et physiopathologie.** Un trouble de la déglutition désigne, par définition, une altération d'une ou de plusieurs phases constituant ce mécanisme (Landrin et al., 2016).

En approfondissant les recherches dans la littérature, les auteures de ce travail s'aperçoivent de l'importante diversité des causes. Cependant, celles-ci ne font pas l'objet d'un nombre équitable d'études. En effet, les auteures témoignent d'une quantité importante d'études consacrées aux causes neurologiques, obstructives et iatrogènes.

***Les causes neurologiques.*** Dans la littérature, les maladies cérébrovasculaires et dégénératives pouvant entraîner un trouble de la déglutition, comme l'accident vasculaire cérébral, la maladie de Parkinson, la maladie d'Alzheimer, la sclérose en plaque et d'autres encore, sont retenues comme causes principales (Davidoff et al., 2004; Landrin et al., 2016; Puisieux et al., 2009). En effet, Bleeckx, Postiaux et Reyckler (2001) affirment que plus de 30% des personnes présentant des atteintes neurologiques souffrent de dysphagie.

Dans le cas d'un accident vasculaire cérébral par exemple, dépendant de la région lésée par l'obstruction d'un vaisseau sanguin, le mécanisme pourra être altéré dans ses trois premières phases (Auzou, 2007b; Landrin et al., 2016). De plus, cette problématique, étant multifactorielle, peut être potentialisée notamment par un âge avancé, un niveau de conscience altéré, une faiblesse musculaire et une incoordination dans l'action (Puisieux et al., 2009; Sura, Madhavan, Carnaby, & Crary, 2012). Malgré la possibilité de récupération partielle ou totale de la fonction chez la plupart des sujets, environs un quart des personnes souffrent de symptômes persistants à long terme (Davidoff et al., 2004; Landrin et al., 2016; Puisieux et al., 2009).

***Les causes obstructives.*** D'origines diverses, s'expliquant par un rétrécissement de la lumière de l'appareil aérodigestif, les causes obstructives peuvent également engendrer des troubles de la déglutition. Premièrement, l'obstruction peut être liée à un phénomène exogène, justifiée par l'ingestion

d'un corps étranger ou d'un bol alimentaire de taille importante (Lohe & Kadu, 2016). Deuxièmement, l'obstruction peut être liée à des phénomènes compressifs intrinsèques (Lohe & Kadu, 2016). Parmi les principales, les masses tumorales ou cancéreuses et le reflux gastro-œsophagien (RGO) sont des causes régulièrement retrouvées dans la littérature (Bleeckx et al., 2001; Davidoff et al., 2004; Landrin et al., 2016; Lohe & Kadu, 2016; Piche & Hatlebakk, 2006). Évidemment, la dysphagie sera plus ou moins prononcée, dépendamment de la localisation et proportionnellement à la taille, soit de la masse soit de l'œdème généré par l'œsophagite (Bleeckx et al., 2001; Piche & Hatlebakk, 2006). Puis troisièmement, les phénomènes obstructifs peuvent être d'origine compressif extrinsèque (Lohe & Kadu, 2016). Parmi ceux-ci, une thyromégalie et le diverticule de Zenker, équivalant à une poche collectrice d'aliments situé au niveau du sphincter œsophagien supérieur pouvant entraîner une sensation de gêne, peuvent être cités (Bleeckx et al., 2001; Lohe & Kadu, 2016; Puisieux et al., 2009).

***Causes iatrogènes.*** Un dysfonctionnement d'origine iatrogène peut être induit par la prise de certains médicaments soit par ses effets indésirables, par une complication ou par une inflammation de l'œsophage découlant de cette prise, pouvant affecter toutes les phases du processus (Martel, 2001). En effet, certains médicaments ayant une action anticholinergique, comme les anti-inflammatoires non-stéroïdiens (AINS), les bloquants  $\alpha$ -adrénergiques, les agents narcotiques comme la Morphine, ou encore les benzodiazépines,

peuvent affecter le péristaltisme œsophagien et diminuer la pression du sphincter œsophagien inférieur (Martel, 2001; Puisieux et al., 2009). De plus, ces traitements médicamenteux peuvent également diminuer ou retarder le réflexe de déglutition et diminuer la force musculaire, donc la force masticatoire (Martel, 2001). D'autres médicaments, tels que les neuroleptiques, peuvent influencer la déglutition. Effectivement, ces traitements médicamenteux peuvent induire une xérostomie, des mouvements anormaux de la langue, une prolongation du temps de transit autant oral que pharyngien, une dystonie ou encore des dyskinésies bucco-faciales (Martel, 2001; Puisieux et al., 2009).

Également, certains actes médicaux peuvent potentiellement favoriser l'apparition de troubles de la déglutition. Parmi ceux-ci, la radiothérapie, la chirurgie des voies aéro-digestives supérieures ou d'autres organes dans la sphère oto-rhino-laryngée (ORL), ou encore la présence d'équipement médical, notamment la trachéostomie ou la sonde nasogastrique (SNG) (Puisieux et al., 2009; Sura et al., 2012).

***Causes liées à l'âge.*** Comme tout mécanisme physiologique normal, la déglutition va également subir la dégénérescence des organes et des tissus concernés liée à l'âge avancé, ce qui entraînera une diminution de fonctionnalité. Lorsque ces changements liés au processus normal de vieillissement sont compensés par la personne, cette étape est nommée la presbyphagie primaire, presby- étant le préfixe signifiant la vieillesse

(Hotzenköcherle, Schwegler, Comte, & Crépin, n.d.; Maniez & Digital, 2009; Wirth et al., 2016). En d'autres termes, ces modifications physiologiques entraînent des altérations discrètes qui ne sont pas considérées comme pathologiques (Landrin et al., 2016). A contrario, lorsque le sujet n'est plus en capacité de compenser les déficiences fonctionnelles de ce mécanisme, la presbyphagie devient secondaire (Wirth et al., 2016). Autrement dit, la deuxième phase se distingue de la première par l'apparition d'une difficulté à déglutir suite à l'incapacité de la personne à compenser ses changements physiologiques dus à l'âge (Landrin et al., 2016; Maniez & Digital, 2009; Wirth et al., 2016).

Parmi ceux-ci, la perte de masse et de force musculaire, appelée sarcopénie, semble être le principal facteur de risque de la presbyphagie en raison d'une diminution significative chez la personne âgée dysphagique. D'autres facteurs précipitants existent tels que l'édentation ou le port de prothèses dentaires, la xérostomie, la diminution des capacités sensorielles telle que l'acuité visuelle, la perception des goûts et la sensibilité buccale (Hotzenköcherle et al., n.d.; Landrin et al., 2016; Sura et al., 2012).

Néanmoins, ces différents facteurs ne sont pas essentiellement liés au processus de vieillissement mais peuvent également être d'origine iatrogène (Wirth et al., 2016). Effectivement, alors que 50% des sujets âgées sont polymédiqués, nombreux sont les traitements médicamenteux ayant une

influence potentielle sur le mécanisme, comme mentionné précédemment (Martel, 2001; Wirth et al., 2016).

Ces divers facteurs peuvent altérer le mécanisme à différentes phases et différents niveaux. Par exemple, ils peuvent prolonger la phase orale, réduire la pression de la langue ou encore retarder la fermeture du larynx et le réflexe de déglutition (Wirth et al., 2016). Tous pourront favoriser les risques de dysphagie.

En fin de compte, la presbyphagie, syndrome souvent méconnu chez les sujets âgés et pourtant liée au vieillissement normal de l'être humain, explique, par son aspect inéluctable, l'augmentation de son taux de prévalence dans la population âgée (Wirth et al., 2016).

### **Signes et symptômes à court, moyen et long terme**

Une des principales manifestations à court terme de la maladie est la fausse route alimentaire. Ce phénomène se définit en un « passage de particules solides ou liquides dans la trachée » (Schweizer, 2010, p. 1860). Cela dit, une fausse route peut induire une broncho-aspiration, entraînant un potentiel danger de mort. Cette obstruction peut se caractériser d'une part comme incomplète, lorsqu'elle se manifeste par une agitation de la personne, une sensation de blocage accompagnée d'une stase d'aliments et d'une voix « mouillée ». Ici, le patient peut encore respirer et tenter de dégager ses voies respiratoires par une forte toux. En même temps, il peut ressentir des douleurs thoraciques et parfois des spasmes ou des régurgitations (Davidoff et al.,

2004; Dayer & Lachat, 2019; Homecare Direction, 2018; NICE, 2017; Wolf, 2000).

En cas de dégagement inadéquat des voies aériennes, une infection respiratoire ainsi qu'une pneumopathie d'inhalation pouvant amener jusqu'au décès de la personne, peut survenir sur le moyen terme (Davidoff et al., 2004; Homecare Direction, 2018; Intercollegiate Scottish Network Guidelines, 2010; NICE, 2017; Wirth et al., 2016).

D'autre part, de manière plus grave, l'obstruction peut être complète, entravant la respiration et empêchant la parole. En raison d'une perturbation des échanges gazeux, le patient peut être amené à se tenir la gorge avec ses mains. Une obstruction complète peut donc induire une perte de connaissance par asphyxie (Davidoff et al., 2004; Dayer & Lachat, 2019; Homecare Direction, 2018).

De plus, sur le long terme, les manifestations de la dysphagie peuvent conduire à une perte de poids importante (Malhi, 2016). En effet, l'odynophagie et une fatigue au cours des repas empêchent, dans la majorité des cas, que ces derniers soient achevés (Homecare Direction, 2018; Thompson, 2016). Effectivement, Ekberg et al. (2002) illustrent cet aspect dans une étude démontrant qu'un tiers des patients institutionnalisés déclarent avoir encore faim et soif à la fin d'un repas.

Comme susmentionné, les auteures témoignent, à travers leurs expériences professionnelles, qu'en raison d'un dépistage tardif, la majorité



des personnes âgées institutionnalisées souffrent de conséquences à long terme provoquées par un trouble de la déglutition. Effectivement, selon Lancaster (2015 ; dans Thompson, 2016), la dysphagie est souvent sous-estimée jusqu'à la survenue d'un amaigrissement significatif des patients.

La dysphagie pourrait affecter la vie du patient non seulement sur le plan physique, mais également sur le plan psychologique et social. En effet, la manifestation des différents signes et symptômes perturberaient les activités de la vie quotidienne (AVQ) ainsi que les relations sociales (Malhi, 2016). Par conséquent, la dysphagie est considérée comme une maladie pénible, impactant considérablement la qualité de vie de la personne qui en souffre (Fletcher, 2015; dans Malhi, 2016).

L'attention particulière que le groupe décide de porter sur les répercussions de la maladie sur le long terme se justifie par l'incidence négative sur la qualité de vie des patients âgés institutionnalisés. Effectivement, une étude européenne a révélé que la dysphagie rendait la vie moins agréable chez 55% de la population institutionnalisée touchée par la problématique (Ekberg et al., 2002; Malhi, 2016; Thompson, 2016).

### **Prise en soin interdisciplinaire de la dysphagie**

L'importance des interventions infirmières dans la prise en soin des patients se justifie par le rôle central qu'occupe l'infirmier. Néanmoins, cette prise en soin nécessite la mise en place d'un réseau interdisciplinaire, afin d'assurer la qualité des soins (Homecare Direction, 2018). C'est pourquoi,

avant de traiter les interventions du rôle propre de l'infirmier, il est nécessaire de comprendre les rôles fondamentaux des différents professionnels de santé gravitant autour du patient (Dayer & Lachat, 2019).

En cas de suspicion de la présence d'un trouble de la déglutition, le médecin procède à la prescription d'un test de dépistage des fausses routes et demande des évaluations complémentaires aux professionnels spécialisés dans le domaine (Dayer & Lachat, 2019).

Les professionnels spécialisés évoqués par Dayer et Lachat (2019) sont le logopédiste et l'ergothérapeute. En raison de leurs interventions similaires malgré leurs compétences spécifiques, ces deux corps professionnels sont amenés à travailler soit en collaboration soit de manière individuelle, selon l'organisation interne de l'institution de soin (Dayer & Lachat, 2019). De manière générale, ces thérapeutes organisent, à partir des résultats du test de dépistage, une évaluation plus approfondie sur une délégation médicale. Celle-ci apprécie la posture du patient lors des repas, la motricité de la sphère ORL et des parties du corps concernés, ainsi que son autonomie dans les AVQ (Dayer & Lachat, 2019; Thompson, 2016). Par la suite, le thérapeute rédige un rapport indiquant le degré de sévérité de la dysphagie présenté par le patient à l'aide d'un instrument de mesure, par exemple selon l'« Échelle de sévérité de la dysphagie » (Dayer & Lachat, 2019). Finalement, le thérapeute renseigne l'équipe interdisciplinaire et le patient sur les différents comportements, surveillances et adaptations à instaurer chez le patient

dysphagique (Thompson, 2016). Parmi ceux-ci, le thérapeute peut définir, en accord avec le médecin prescripteur, la texture de l'alimentation (Dayer & Lachat, 2019; Homecare Direction, 2018; Thompson, 2016).

Le physiothérapeute peut être mandaté pour effectuer une physiothérapie respiratoire et participer à la correction posturale durant les repas. Pour ce faire, il élabore des exercices de renforcement musculaire destinés au redressement du tronc et au maintien de la nuque, ceci dans un but final d'améliorer le tonus de la personne (Dayer & Lachat, 2019).

Le diététicien peut intervenir à la suite du dépistage, en réalisant un diagnostic sur l'état nutritionnel du patient (Dayer & Lachat, 2019). Il se charge également d'adapter la texture alimentaire, en collaboration notamment avec les cuisiniers et le patient, conformément aux indications des autres thérapeutes et du médecin. En effet, la communication avec le bénéficiaire de soin ne doit pas être négligée afin de respecter ses tolérances, ses goûts et ses envies (Dayer & Lachat, 2019; Thompson, 2016).

Avant même la mobilisation de l'équipe interdisciplinaire, la prise en soin débute lorsque l'infirmier suspecte un trouble de la déglutition. L'amorce de la démarche débute par une anamnèse complète du patient. Cette formalité consiste en recueil de données telles que les derniers paramètres vitaux (température, poids, saturation), les antécédents médicaux et chirurgicaux, les diagnostics médicaux et infirmiers et la médication du patient (Dayer & Lachat, 2019; Forster et al., 2013). L'infirmier peut poursuivre sa démarche

en questionnant la personne sur certains aspects du mécanisme de déglutition pendant et après le repas, mais également sur la temporalité des manifestations relevées telles que l'odynophagie et les sensations de gêne ou de blocage selon les types ou formes d'aliments ingérés (Forster et al., 2013; Landrin et al., 2016; Woisard-Bassols & Puech, 2011).

À la suite de cela, l'infirmier va porter son attention sur l'observation de la présence potentielle de signes et symptômes décrits précédemment. Il peut également apprécier le temps de la prise d'un repas, la posture et la capacité de la personne à se tenir en position assise, l'état de conscience, la quantité d'aliments ingérée en une bouchée, l'hygiène bucco-dentaire ainsi que la présence et le bon fonction des appareillages tels que les lunettes, le dentier, les appareils auditifs et d'autres moyens auxiliaires (Dayer & Lachat, 2019; Landrin et al., 2016; Leemann, Sergi, Sahinpasic, & Schnider, 2016). A noter que ce travail d'observation peut également être réalisé par les assistants en soins et santé communautaire (ASSC) et les auxiliaires de soins (AS), sous délégation infirmière (Dayer & Lachat, 2019).

En fonction des éléments préalablement recueillis, ceux-ci peuvent être complétés par un examen clinique endo-buccal afin d'observer l'anatomie des différents organes mobilisés dans la déglutition, mais également d'évaluer la motricité et la sensibilité liée aux nerfs crâniens (Landrin et al., 2016; Leemann et al., 2016).

À la suite d'un recueil complet des données, l'infirmier peut les transmettre au médecin dans le but d'obtenir une prescription d'un test de dépistage. Parmi ces tests, certains sont sous forme de questionnaire, comme le Eating Assessment Tool-10 (EAT-10), qui, à travers dix questions scorées, permet de mettre en évidence un risque élevé de dysphagie (Baijens et al., 2016; Forster et al., 2013). D'autres tests permettent d'évaluer l'absence ou la présence de symptômes de fausse route, de déglutitions multiples et de résidus buccaux et pharyngés (Baijens et al., 2016; Forster et al., 2013; Landrin et al., 2016). Ces tests, ne renseignant pas de manière précise la localisation et la gravité de la dysphagie avérée, peuvent être associés à des évaluations complémentaires telles que la vidéofluoroscopie ou l'endoscopie. Évidemment, celles-ci sont effectuées par des spécialistes sous ordre médical (Baijens et al., 2016).

Finalement, si le test se révèle positif, les différents intervenants préalablement cités ci-dessus seront mobilisés, en accord avec le médecin et l'infirmier, et auront donc pour but commun de réduire les risques et complications encourus par le patient dysphagique. De plus, grâce à ses connaissances, l'infirmier saura adapter ses interventions de manière spécifique afin d'élaborer un plan de soin personnalisé (Dayer & Lachat, 2019; Thompson, 2016).

D'après les expériences des auteures, l'infirmier occupe, en résumé, le rôle de pivot central dans la prise en soin, coordonnant ainsi les interventions

des différents intervenants. Encore, l'infirmier s'assure d'une transmission non seulement écrite dans le dossier informatisé du patient, mais également d'une transmission orale sous forme de feed-back. Cette collaboration et communication interdisciplinaire ont pour but final d'assurer la qualité du suivi thérapeutique (Dayer & Lachat, 2019; Senez & Martinet, 2015; Thompson, 2016).

À la vue d'une population mondiale vieillissante ainsi qu'à l'expérience professionnelle du groupe, il semble également pertinent d'orienter la recherche vers les EMS (Organisation des Nations Unies et al., 2020).

### **Établissements médico-sociaux**

En 2019, la population totale des personnes institutionnalisées dans un EMS en Suisse âgées de 65 ans ou plus ne représente que 1,84% de la population totale Suisse (Office fédéral de la Statistique (OFS), 2020a; Office fédéral de la Statistique, 2021). Néanmoins, l'étude menée par Noguiera et Reis (2013) démontrent que 40% des personnes vivant dans les maisons de retraite sont affectées par un trouble de la déglutition. En effet, les auteures constatent cette grande prévalence de la dysphagie dans les EMS par leurs expériences vécues.

Les EMS se définissent comme des lieux de vie proposant des prestations médicales, paramédicales, socio-thérapeutiques et hôtelières (Vaucher et al., 2015). Ils accueillent principalement des personnes âgées nécessitant des soins de longue durée et souffrant de pathologies évolutives

diverses les empêchant de satisfaire leurs besoins quotidiens de manière autonome (Office fédéral de la Statistique (OFS), 2019; Vaucher et al., 2015). En 2019, la tranche d'âge prédominante de la population accueillie dans les différentes institutions médico-sociales de Suisse est de 80 à 89 ans (Office fédéral de la Statistique (OFS), 2021).

### **Concepts retenus**

A la suite de ces recherches effectuées lors de la revue exploratoire, certains concepts considérés comme prédominants ont été retenus.

À la fin de l'année 2008, les personnes âgées de plus de 65 ans représentaient 16,6% de la population totale, équivalant à une augmentation de plus de 10% en une décennie. Qui plus est, ce pourcentage s'élève déjà à 18,8% en 2020 et devrait atteindre les 28% en 2050 (Office fédéral de la Statistique (OFS), 2009; Office fédéral de la Statistique (OFS), 2020). De plus, il a été démontré plus haut, que la prévalence de la dysphagie augmente parallèlement au vieillissement de cette population (Wirth et al., 2016). Aussi, comme mentionné précédemment, plus du tiers des personnes vivant en EMS souffrent d'un trouble de la déglutition impactant ainsi leur qualité de vie par la perturbation de la réalisation d'un besoin vital (Nogueira & Reis, 2013). Or, le service de la Santé Publique du canton de Neuchâtel précise que la mission des hébergements gériatriques de longue durée consiste notamment à offrir une qualité de vie aux résidents (Vaucher et al., 2015). C'est pourquoi il semble approprié de s'intéresser d'une part au concept de la dysphagie, et

d'autre part au concept de la qualité de vie des personnes âgées institutionnalisées.

Par la suite, sur la base des expériences vécues par les auteures, les complications survenant sur le long terme, comme la dénutrition et la déshydratation par exemple, représentent des conséquences non négligeables (Thompson, 2016; Wirth et al., 2016). C'est pourquoi, le champ des interventions infirmières plus précisément en EMS, visant la prévention et la diminution des risques de complications à court, moyen et long terme est retenu comme le troisième concept central de ce travail de recherche.

En définitive, trois concepts seront développés dans le chapitre 3 :

- La dysphagie
- La qualité de vie
- Les interventions infirmières

### **Perspectives pour la pratique**

À travers ce chapitre, les auteures ont pu enrichir leurs connaissances concernant non seulement la déglutition au sens large, mais également des troubles de déglutition et les complications potentielles qui suivent la non-considération de la problématique. Elles ont également pu faire des recherches concernant certains tests de dépistage actuellement existant et l'avantage incontestable d'une prise en soin interdisciplinaire, ce qui leur a permis d'avoir une vision globale du sujet.



En somme, la croissance constante de la population vieillissante et de la problématique associée, motivent, de manière significative, la nécessité d'une sensibilisation des équipes de soins sur les signes et symptômes ainsi que d'une élaboration d'un plan de soin infirmier visant une meilleure qualité des soins (Wirth et al., 2016). En effet, au vu des complications conséquentes sur le plan physique, psychique et social que risquent les individus dysphagiques, il est justifié d'approfondir les connaissances ainsi que les interventions infirmières, dans un but final de prévention de la santé, d'accompagnement du patient dans la maladie et d'amélioration de la qualité de vie. De plus, la diminution de complications sévères permettrait de diminuer les coûts de santé publique, en évitant ainsi une potentielle hospitalisation (Lancaster, 2015; dans Thompson, 2016).

L'enjeu de ce travail consistera alors, à travers de futures recherches, de recenser des actions infirmières améliorant la qualité de vie des personnes âgées institutionnalisées en EMS souffrant de dysphagie.

## **Chapitre 3 : Concepts**

## **Concepts**

### **La dysphagie**

Après les différentes recherches recensées dans le chapitre 2, les membres du groupe décident de retenir le concept de dysphagie, plus précisément chez la personne âgée institutionnalisée, comme étant le concept principal de ce travail.

Premièrement, la dysphagie, un terme employé comme un synonyme du trouble de la déglutition dans la littérature, signifie « une difficulté à déglutir » (Collectif Larousse, 2006, p. 385). En parallèle, différents termes sont utilisés afin de préciser ce trouble. Parmi ceux-ci, l'odynophagie est employée lorsque « la déglutition provoque une douleur » (Maniez & Digital, 2009, p.637). Encore, l'aphagie désigne « le refus ou l'incapacité à déglutir », toutes causes confondues (Maniez & Digital, 2009, p.72).

Comme mentionné dans le chapitre précédent, de multiples causes peuvent être à l'origine d'une dysphagie. Parmi celles-ci, il a été mentionné les causes neurologiques, obstructives, iatrogènes ou encore une cause simplement expliquée par le vieillissement normal de la personne. Néanmoins, face à une courbe croissante de la prévalence de la dysphagie en parallèle à celle du vieillissement de la population, les membres du groupe décident de s'intéresser à la dysphagie chez la personne âgée institutionnalisée en EMS, toutes causes étant confondues (Wirth et al., 2016). Effectivement, l'intérêt de ce travail est de recenser des interventions infirmières permettant à la

personne âgée d'éviter toute complication liée à la dysphagie, dans un but final d'améliorer sa qualité de vie en EMS. Ainsi, la cause n'importe que peu.

À cet effet, il est primordial que l'infirmier puisse dans un premier temps identifier les signes et les symptômes cités dans le chapitre précédent, puis dans un deuxième temps prévenir les complications (Malhi, 2016).

En effet, certaines manifestations comme un temps de repas prolongé, une gêne ressentie ou encore un bavage peuvent induire un sentiment de frustration pouvant à plus long terme impacter la personne sur le plan psychologique et social, alors que ce moment est socialement reconnu comme un événement de convivialité et de partage (Malhi, 2016; Thompson, 2016). Également, d'autres patients présentant des sensations d'étouffement lors des repas peuvent de surcroît ressentir un sentiment d'angoisse et d'anxiété. À terme, ces conséquences peuvent évoluer vers une atteinte à la dignité et à l'estime de soi, favorisant ainsi l'isolement social (Thompson, 2016).

Deuxièmement, d'après Schweizer (2010), 30% à 60 % des personnes âgées vivant en institution souffrent d'un défaut en nutriments. Par conséquent, la fatigue, la déshydratation et la dénutrition pourront impacter la vie du patient sur le plan physique, notamment en limitant son autonomie dans la vie quotidienne (Dayer & Lachat, 2019; Homecare Direction, 2018; Malhi, 2016; Thompson, 2016; Wirth et al., 2016).

## **La qualité de vie des personnes âgées**

Tout d'abord, il semble important de relever la complexité du concept de la qualité de vie. En effet, diverses définitions sont proposées dans la littérature, dépendamment notamment du champ disciplinaire (Brousse & Boisaubert, 2007). Toutefois, l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) propose la définition citée ci-dessous :

La qualité de vie a été définie comme la façon dont les individus perçoivent leur existence compte tenu de la culture et du système de valeurs dans lequel ils vivent et en fonction de leurs buts, de leurs attentes, de leurs normes et de leurs préoccupations. Cette qualité dépend, bien entendu, de la santé physique, de l'état psychologique, du niveau d'indépendance, des rapports sociaux, des facteurs environnementaux et des croyances personnelles (Organisation Mondiale de la Santé, 1996, p. 384).

Dans le but de saisir la naissance du concept de qualité de vie dans le temps, il est nécessaire de s'intéresser premièrement à l'évolution du concept de la santé. Effectivement, au fil du temps, ces deux concepts ont évolué parallèlement aux connaissances scientifiques de la médecine moderne (Brousse & Boisaubert, 2007). Avant 1945, le modèle biomédical, reposant sur une approche unifactorielle et unidimensionnelle, définissait d'une part la santé comme étant l'absence de maladie, et d'une autre part la maladie comme étant une problématique objective d'origine purement biophysique (Arwidson et al., 2017; Bruchon-Schweitzer & Boujut, 2014). Après la seconde guerre mondiale, le modèle biopsychosocial émerge, adoptant cette fois-ci une approche multifactorielle et bidimensionnelle (Bruchon-Schweitzer & Boujut,

2014; Fischer & Dodeler, 2009). En effet, ce modèle intègre dans son appréhension de la santé et de la maladie l'interaction entre facteurs biologiques, psychologiques et sociaux (Fischer & Dodeler, 2009). C'est pourquoi, l'OMS redéfinit le concept de la santé comme étant « un état complet de bien-être physique, mental et social et non pas simplement l'absence de maladie ou d'infirmité » (Organisation Mondiale de la Santé, p.1, 1946). Cette évolution inclue donc non seulement l'ajout des données subjectives aux données objectives, mais également l'octroi d'un pouvoir décisionnel au patient dans sa prise en soin (Brousse & Boisaubert, 2007; Siksou, 2008). En effet, l'évolution sociétale et le développement de la médecine et de la psychologie ont participé à la modification de la relation entre le médecin et le malade, autrefois paternaliste (Brousse & Boisaubert, 2007; Bruchon-Schweitzer & Boujut, 2014).

Ce n'est que plus tard que la notion de qualité de vie apparaît dans plusieurs disciplines, souvent confondues avec des termes similaires comme le bonheur en philosophie, le bien-être matériel en économie, le bien-être subjectif en psychologie et sociologie, la santé physique en médecine ou encore la santé mentale en psychiatrie (Bruchon-Schweitzer & Boujut, 2014). Néanmoins, la qualité de vie demeure un concept multidimensionnel dépendant de facteurs personnels, comme les valeurs et les croyances de la personne, de facteurs environnementaux ainsi que de leurs interactions (Bruchon-Schweitzer & Boujut, 2014; Cummins, 2005).

La qualité de vie est un concept évaluable de manière objective et/ou subjective (Brousse & Boisaubert, 2007; Cummins, 2005). En effet, plusieurs études démontrent l'importance de la perception de l'individu envers son état de santé réel dans la motivation des demandes de soins, l'observance et le résultat des traitements (Bruchon-Schweitzer & Boujut, 2014). Ainsi, ces précieuses informations récoltées à partir des ressentis des patients nous renseignent sur l'impact de la maladie et des soins en général sur eux-mêmes (Acquadro, Conway, Hareendran, & Aaronson, 2008).

La définition de la qualité de vie selon l'OMS citée ci-dessus englobe plusieurs dimensions distinctes, mais interdépendantes (Bruchon-Schweitzer & Boujut, 2014) :

- **Le domaine physique :** Il peut se subdiviser en deux parties, distinguant ainsi la santé physique et les capacités fonctionnelles. Alors que la première fait notamment référence à l'énergie, la vitalité, mais aussi la fatigue, le sommeil et les douleurs, la deuxième inclue notamment la mobilité et l'autonomie dans les AVQ (Brousse & Boisaubert, 2007; Bruchon-Schweitzer & Boujut, 2014).
- **Le domaine psychologique :** Il se subdivise également en cinq composantes, comprenant les affects positifs ; les affects négatifs comme l'anxiété et la dépression ; l'estime de soi ; les capacités cognitives comme la mémoire, la concentration et les capacités d'apprentissage ; l'image du corps ainsi que l'apparence perçue. La

dimension spirituelle peut également s'insérer dans ce domaine (Bruchon-Schweitzer & Boujut, 2014).

- **Le domaine social** : Il se compose de différentes sphères : familiale ; amicale ; professionnelle ; citoyenne. La santé sociale peut s'évaluer d'une part en termes de quantité de l'intégration sociale, évoquant un réseau de relations suffisant. D'une autre part, elle peut également s'évaluer en termes de qualité des relations, pouvant faire référence à l'intimité ou encore à la réciprocité (Bruchon-Schweitzer & Boujut, 2014).
- **Le domaine environnemental** : Celui-ci se compose d'aspects plus spécifiques pouvant faire référence au niveau trois et quatre du modèle de Dahlgren et Whitehead (1991) concernant les déterminants de la santé. Ainsi, le niveau trois représente les facteurs liés aux conditions de vie, le bien-être matériel et les conditions de travail (revenu, habitat). Le niveau quatre représente les conditions socio-économiques, culturelles et environnementales du pays, de la ville ou du quartier (sécurité, liberté, accès aux soins, climat, etc.) (Bruchon-Schweitzer & Boujut, 2014; Whitehead & Dahlgren, 1991).

Ainsi, l'appréciation de la qualité de vie d'un individu peut s'effectuer à l'aide de différentes échelles sous forme d'hétéro ou d'auto-questionnaire, évaluant les différentes dimensions de manière objective et/ou subjective



(Brousse & Boisaubert, 2007; Bruchon-Schweitzer & Boujut, 2014; Cummins, 2005).

### **Les interventions infirmières en EMS**

Comme l'indiquent Bulechek, Butcher et Dochterman (2010) :

Une intervention infirmière correspond à tout soin reposant sur un jugement clinique et un savoir, qu'une infirmière réalise afin d'améliorer les résultats escomptés pour un patient/client. Les interventions infirmières incluent les soins directs et indirects, qu'ils soient à l'initiative de l'infirmière, du médecin ou d'un autre professionnel de santé. Les soins initiés par l'infirmière concernent les individus, les familles et la collectivité (p. XXVII).

Afin de pouvoir mettre en place une intervention infirmière, il est nécessaire d'exécuter une série d'activités concrètes. Ces activités infirmières englobent les différents comportements spécifiques adoptés par l'infirmier dans le but d'aider le patient à atteindre le résultat escompté (Bulechek, Butcher, & Dochterman, 2010).

Bulecheck, Butcher et Dochterman (2010) distinguent plusieurs classes d'interventions infirmières. Premièrement, les interventions de soins directs représentent différentes actions dispensées au travers d'une interaction directe avec le patient. Parmi celles-ci, ils évoquent toute action d'ordre physiologique et psychosocial, les gestes techniques ainsi que celles relevant du soutien et du conseil. À l'inverse, les interventions de soins indirects représentent les actions dispensées à distance du patient. Parmi celles-ci, ils

évoquent les activités relevant de l'organisation de l'environnement de soin ainsi que la collaboration interdisciplinaire (Bulechek et al., 2010).

Deuxièmement, notamment grâce au jugement clinique et aux savoirs scientifiques de l'infirmier, une intervention relevant de son rôle propre peut être initié par celui-ci au regard d'un diagnostic infirmier. À l'inverse, une intervention peut être ordonnée directement par le médecin au regard, cette fois-ci, d'un diagnostic médical. Néanmoins, l'intervention sous prescription médicale est assurée par l'infirmier. En ce même sens, l'infirmier peut également assurer des soins à l'initiative d'autres professionnels de la santé (Bulechek et al., 2010).

Finalement, les interventions en santé communautaire ont pour objectif la promotion, la préservation et la conservation de la santé ainsi que la prévention des maladies au sein de la population (Bulechek et al., 2010). Plus précisément, les interventions infirmières d'origines préventives peuvent être définies comme « l'ensemble des mesures visant à éviter ou réduire le nombre et la gravité des maladies, des accidents et des handicaps » (Azocar, 2018, p.26). Ce concept peut lui-même être divisé en différents niveaux de prévention, distinguant trois états séquentiels de la maladie (Azocar, 2018) :

- **La prévention primaire** : Elle correspond aux différentes actions ayant pour but la diminution de la fréquence d'une maladie, et par conséquent, la diminution des risques d'apparition de nouveaux cas au sein d'une population. Ces mesures préventives peuvent ainsi viser des

conduites individuelles, des risques environnementaux et/ou des risques sociaux dans un but final de conservation ou d'amélioration de la santé (Azocar, 2018).

- **La prévention secondaire** : Elle vise la réduction du nombre de personnes atteintes d'une maladie dans une population donnée. Ainsi, les mesures préventives sont entreprises précocement, dès l'apparition de la maladie. Par le dépistage, le diagnostic et le traitement, ces actions ont pour but principal d'éviter la progression de la pathologie (Azocar, 2018).
- **La prévention tertiaire** : Par des actes préventifs, on tend également à réduire la progression de la maladie et l'apparition de complication. Plus précisément, le but est de diminuer le risque de récives et d'invalidités fonctionnelles engendrées soit par la maladie, soit par le traitement (Azocar, 2018).

L'intérêt des membres du groupe s'orientant vers les interventions infirmières améliorant la qualité de vie des personnes âgées dysphagiques, ces actions s'insèrent donc dans une prévention tertiaire. Effectivement, l'enjeu de l'infirmier, accompagné de son équipe interdisciplinaire, est de prévenir les complications pouvant survenir à court terme, comme les fausses routes, ainsi qu'à plus long terme, comme la pneumonie, la déshydratation ou encore la dénutrition. En ce sens, le rôle de l'infirmier, notamment en EMS, sera par exemple :

- D'assurer la bonne utilisation des moyens auxiliaires mis en place par un ergothérapeute, comme des couverts adaptés ou un verre spécifique (Dayer & Lachat, 2019; Homecare Direction, 2018; Thompson, 2016) ;
- D'assurer une aide à l'alimentation en cas de nécessité, en veillant à respecter le rythme de la personne et au temps de pause entre deux bouchés (Dayer & Lachat, 2019) ;
- D'assurer une bonne posture de la personne, c'est-à-dire en position assise à hauteur de table avec la tête légèrement fléchie en avant de la personne lors des repas (Dayer & Lachat, 2019; Senez & Martinet, 2015) ;
- D'assurer le respect des textures alimentaires par les cuisiniers (Dayer & Lachat, 2019) ;
- D'effectuer les soins d'hygiène bucco-dentaire à la suite d'un repas (Dayer & Lachat, 2019; Senez & Martinet, 2015).

Dans la suite, il s'agira d'éclairer davantage et d'approfondir la question de recherche à travers l'identification et l'explicitation d'un cadre théorique.

## **Champs disciplinaire infirmier**

### **La théorie de l'humaindevenant**

Qu'est-ce que prendre en soin ? Que fait une infirmière pour prendre soin de l'autre ? (Tapp & Lavoie, 2013).

Ces questions évoquent le nécessité d'une discipline infirmière répondant aux besoins de soins afin d'en résoudre les problèmes (Meleis, 2007). Dans le but de respecter la personne soignée, sa dignité et ses besoins, l'infirmier favorise l'expression de ceux-ci, à travers un savoir et des attitudes relationnelles spécifiques (Meleis, 2007; Tapp & Lavoie, 2013). À cet effet, la conception des théories de soins infirmiers a permis de structurer de manière relativement concrète et spécifique, l'interprétation des comportements et des situations de soins, lui fournissant ainsi les outils nécessaires pour offrir une réponse adéquate (Fawcett, 2005; Meleis, 2007; Tapp & Lavoie, 2013).

Afin de répondre aux exigences concernant la prise en soins des personnes âgées institutionnalisées souffrant de dysphagie, le choix du cadre théorique s'est porté sur la théorie de soin de l'humaindevenant de Rosemarie Rizzo Parse. Cette théorie vise à découvrir non seulement la conception et les expériences de santé, mais aussi la notion de qualité de vie telle que décrite par la personne soignée (Parse, 1992, 2014).

En se basant sur les principes et les postulats de la science de l'être humain unitaire (Rogers, 1970, 1992), la théorie de l'humaindevenant rassemble l'être humain et l'environnement dans un seul mot, formant ainsi

l'humainunivers, qui est décrit comme « indivisible, imprévisible, toujours changeant » (Doucet & Maillard Strüby, 2011; Parse, 2014, p. 26). Parse considère l'individu comme une unité constituée se manifestant continuellement, plus précisément définit comme une « cocréation indivisible » (2008, p. 308; Dans Doucet & Maillard Strüby, 2011) caractérisé d'intentionnalité et de liberté qui perdure (Doucet & Maillard Strüby, 2011; Parse, 2014).

Parse se dissocie des affirmations qui inscrivent la théorie de l'humaindevenant dans le paradigme de la transformation, décidant ainsi de l'inscrire dans un nouveau paradigme portant le même nom que la théorie (Parse, 2014). Le paradigme de l'humaindevenant s'accompagne de deux autres paradigmes de la discipline infirmière, appelés la totalité et la simultanéité (Doucet & Maillard Strüby, 2011; Parse, 2014).

Le paradigme de la totalité considère la personne comme un être bio-psycho-social et spirituel unique, en association ou non avec son environnement et concevant la santé comme un état de bien-être. Le paradigme de la simultanéité définit la personne comme un être unitaire et comme un champ d'énergie en processus mutuel avec l'environnement, laissant la possibilité à la personne de définir la santé selon ses valeurs et patterns. (Doucet & Maillard Strüby, 2011; Parse, 2014; Rogers, 1970).

L'ontologie de l'humaindevenant s'inspire des fondements de la philosophie existentielle-phénoménologique de Sartre (1963), Heidegger

(1972) et d'autres philosophes (Tapp & Lavoie, 2013). Ce savoir infirmier se fonde sur neuf assomptions, quatre postulats et trois principes, explicités brièvement par la suite (Doucet & Maillard Strüby, 2011; Parse, 2014).

Les assomptions sont des croyances que les humains incarnent dans une cocréation unique et indivisible avec l'univers (Doucet & Maillard Strüby, 2011; Parse, 2014). Ces hypothèses élaborées dans le cadre de cette théorie de la discipline infirmière prennent en considération les concepts de l'humainunivers, de l'éthos et du vivant qualité. L'humainunivers est une entité imprévisible et bougeant continuellement ; l'éthos, ou plus simplement l'éthique, est le sentiment et la pensée droite qui considère la dignité de la personne ; le vivant qualité est « tout d'emblée la vérité pour le moment » (Parse, 2014, p. 30). L'être humain vit une réalité dans un moment donné, comblée d'un sens personnel et accompagnée d'un éthos qui rend la personne imprévisible, ceci renforçant ses valeurs prioritaires personnelles et lui permettant ainsi de maintenir une qualité de vie (Doucet & Maillard Strüby, 2011; Parse, 2014).

Parse définit également 4 postulats à la base de la théorie de l'humaindevenant : l'illimitabilité, le paradoxe, la liberté et le mystère (Doucet & Maillard Strüby, 2011; Parse, 2014). L'illimitabilité se réfère aux savoirs, passés et futurs ; le paradoxe est un rythme, un mouvement que l'individu incarne en faisant ses choix, vivant une tension d'opposés apparents ; la liberté se manifeste dans les décisions et dans les différentes interprétations

que l'individu peut élaborer selon les différents contextes ; le mystère représente l'inexplicable dans un univers imprévisible et changeant duquel l'individu n'a pas une connaissance absolue (Parse, 2014).

Pour conclure, Parse décrit trois dimensions, appelées principes, chacune englobant à la fois des concepts et des paradoxes (Doucet & Maillard Strüby, 2011; Parse, 2003, 2014; Tapp & Lavoie, 2013). Le premier principe énonçant « en structurant sens est l'imageant et valorisant de langageant » (Parse, 2014, p. 27), signifie que l'individu vit une réalité qui lui appartient en lui attribuant une signification personnelle, représentant sa manière dont il imagine le monde. Délibérément ou pas, cette compréhension du monde qui l'entoure se manifestera à travers son comportement reflétant ses valeurs prioritaires. Par conséquent, l'individu devra éclairer le sens de ses expériences (Doucet & Maillard Strüby, 2011; Parse, 2014). Le deuxième principe est « configurant patterns rythmiques est le révélant-dissimulant et habilitant-limitant de connectant – séparant » (Parse, 2014, p. 43), selon lequel la personne vit des patterns rythmiques riches de paradoxes. Cela signifie que la personne cocrée sa réalité dans laquelle elle est libre de partager, ou non, ses pensées intimes, libre d'agir ou de ne pas le faire et libre d'être proche des autres ou de s'en distancier. De ce fait, il est fondamental de respecter les rythmes de chacun (Doucet & Maillard Strüby, 2011; Parse, 2014). Le troisième principe affirmant « cotranscendant avec possibles est le ayant pouvoir et générant de transformant » (Parse, 2014, p. 47), déclare que la



personne peut imaginer le futur et les aventures ultérieures, démontrant par conséquent la possibilité d'envisager d'éventuels projets. La personne, par ses choix, vit des moments de certitude et d'incertitude. Ainsi, elle aura la possibilité de changer son avenir en se conformant dans sa manière d'être et dans ses comportements. Par ce fait, l'individu pourra donc avancer et aller vers l'avenir, devenant parfois une source de peur (Doucet & Maillard Strüby, 2011; Parse, 2014).

**« Vivant l'art de l'humaindevenant » (Parse, 2014, p.95)**

Dans le but de permettre une mise en contexte de sa philosophie de soin, Parse a élaboré une méthode de la pratique de l'humaindevenant. Celle-ci consiste à vivre l'art de l'humaindevenant, une manière d'utiliser ses assomptions, postulats et concepts (Maillard Strüby, Persico, & Zermatten, 2016; Parse, 2014). D'après Parse, la santé est un engagement personnel en fonction des valeurs prioritaires de la personne. Dès lors, le but de la discipline est d'éclairer les patterns de santé de la personne en lien avec sa propre conception de qualité de vie. Par conséquent, la personne est actrice de sa santé et l'infirmier, attentif, témoigne de ses décisions et fait preuve d'ouverture dans le but de connaître ses patterns sans jugement (Doucet & Maillard Strüby, 2011; Maillard Strüby et al., 2016).

Afin de parvenir à un tel résultat, Parse décrit trois moyens permettant à l'infirmier d'accompagner la personne : la présence vraie, l'immersion silencieuse, la présence qui se prolonge (Maillard Strüby et al., 2016; Parse,

2014). La présence vraie est définie comme un amour inconditionnel basé sur les connaissances qui reflètent les croyances de la personne. Il s'agit d'une façon spéciale d'être avec les autres, indiquant l'attention portée aux changements de sens suivant la particularité de chaque instant vécu (Parse, 2014). Il s'agit d'être vigilant aux rythmes et aux valeurs prioritaires du moment, en reconnaissant et en honorant la dignité de l'autre. De telle manière, l'infirmier respecte le vivant qualité de l'autre, l'expression de ce qui est important pour la personne moment par moment, sans chercher à changer son point de vue. Ce moment est riche en immersion silencieuse et riche en symboles. Il s'agit d'un moment de calme, voyant l'engagement immédiat du professionnel humain devenant ne nécessitant pas de mot. La présence qui se prolonge fait référence à la présence vraie de l'infirmier ne se rapportant pas seulement au moment présent mais, d'autant plus, au savoir permettant de suivre et de comprendre la personne dans ses souvenirs ou dans ses projets futurs (Maillard Strüby et al., 2016; Parse, 2014).

### **Lien avec la question de départ**

Dans la littérature, Bournes (2002) et d'autres auteurs, ont mis en évidence l'impact réel que la théorie de soins de l'humain devenant accomplit dans la prise en soin. En effet, les bénéficiaires de soin ont témoigné une évolution positive de leur expérience de santé et d'une amélioration du niveau de leur qualité de vie (Bournes, 2002; Doucet & Bournes, 2007; Tapp & Lavoie, 2013).

La motivation du choix de ce cadre théorique, aidant à répondre à la question initiale de ce travail de recherche, repose sur la considération particulière de la qualité de vie de la personne et sur la vision nouvelle que Parse lui attribue, conférant ainsi à l'infirmier, une posture inédite dans la prise en soin. Dans une vision des soins biomédicale, l'infirmier pourrait être porté à croire que le bien-être de la personne repose sur le respect des consignes des différents intervenants de l'équipe interdisciplinaire et par la mise en place des différents moyens auxiliaires (Parse, 2003; Tapp & Lavoie, 2013). Ceci s'explique par une corrélation étroite entre le processus de vieillissement et l'apparition de pathologies et comorbidités, procurant une vision négative de la qualité de vie au troisième âge (Tapp & Lavoie, 2013). Dans ce cas de figure, la théorie de soin de l'humaindevenant fournit un antidote à l'approche biomédical en offrant une alternative plus gaie du vieillissement (Baumann & Söderhamn, 2005). Or, il est fondamental que l'infirmier s'interroge sur les connaissances et les croyances que la personne rapporte à l'alimentation et aux moments des repas, et qu'elle découvre la signification que l'individu attribue au moment vécu en lien avec sa pathologie (Baumann & Söderhamn, 2005; Parse, 2014). La méthode de l'humaindevenant offre aux professionnels de santé une perspective plus large du processus de vieillissement, considérant tous les changements que l'être humain encourt tout le long de sa vie (Baumann & Söderhamn, 2005). Il est donc indiqué de transmettre à la personne toutes les informations possibles pour qu'elle puisse enrichir ses

connaissances sur la dysphagie et pour qu'elle puisse convenir, en collaboration avec le professionnel de l'humaindevenant, aux décisions en termes de santé les plus appropriées (Baumann & Söderhamn, 2005).

En conclusion, l'importance que l'école de pensée de l'humaindevenant donne aux changements et aux événements imprévisibles dans le parcours de vie de la personne, tenant compte des expériences passées, présentes et futures, joue un rôle essentiel dans la préservation et dans la continuité de la qualité de vie de la personne vieillissante (Baumann & Söderhamn, 2005). En tenant compte des rythmes et valeurs pouvant changer à tout moment, il est d'une importance primordiale d'écouter la personne âgée par ses mots, ses gestes et ses silences, ainsi que de la laisser libre de prendre ses décisions en l'accompagnant et en honorant sa volonté et sa dignité (Baumann & Söderhamn, 2005; Doucet & Maillard Strüby, 2011; Parse, 2014).

## **Chapitre 4 : Méthode**

## **Utilisation de la méthode « PICOT »**

La question initiale était la suivante : « *Quelles sont les interventions infirmières les plus appropriées pour la prévention des risques de fausses routes chez la personne atteinte de troubles de la déglutition ?* ».

En perfectionnant la compréhension de la question initiale par des recherches littéraires ainsi que les nouveaux apprentissages acquis durant ce processus d'écriture du chapitre 2, les auteures de ce travail ont pu affiner leur question de recherche. Ainsi, l'objectif principal de ce travail vise à recenser les meilleurs soins infirmiers permettant d'améliorer la qualité de vie des personnes âgées. C'est pourquoi, le type « intervention » semble le plus adéquat et inspirant pour la question de recherche au vu de la situation clinique de ce travail (Favre & Kramer, 2016).

Dans le but de préciser les concepts pertinents décrivant le sujet d'étude ainsi que d'effectuer une recherche efficace dans les différentes bases de données, la question initiale doit être délimitée. Pour ce faire, les membres du groupe utilise la méthode « PICOT » (Melnik & Fineout-Overholt, 2011). Ainsi, la question de recherche est la suivante :

« *Quelles sont les interventions infirmières améliorant la qualité de vie des personnes âgées institutionnalisées en EMS souffrant de dysphagie ?* ».

Par la suite, le tableau se trouvant ci-dessous permet, à travers une classification, d'illustrer les concepts-clés selon la méthode « PICOT » (Melnik & Fineout-Overholt, 2011).

Tableau 1

*Méthodologie « PICOT »*

P	La population visée concerne les personnes âgées institutionnalisées en EMS souffrant de dysphagie.
I	Les interventions infirmières représentent les intérêts de ce travail de recherche.
C	Aucune comparaison n'est effectuée entre les interventions. Le critère n'est donc pas pertinent.
O	La qualité de vie représente le résultat à mesurer.
T	Aucune temporalité n'est imposée car elle n'est pas significative dans cette thématique.

**Tableau des résultats et requête de recherche**

Afin de mener à bien la recherche d'articles scientifiques dans les différentes bases de données comme : Pubmed, Cinhal, PsycInfo, Medline, Cochrane et JBI, il est nécessaire d'établir une liste des mots-clés en français, puis les traduire en anglais. Par la suite, afin d'obtenir les descripteurs, il est nécessaire d'introduire ces différents mots-clés en anglais afin de déterminer les descripteurs spécifiques à chaque base de données. En effet, toute base de données possède son propre thésaurus fournissant les descripteurs (Fortin & Gagnon, 2016). Ci-après, les auteures présentent les différents mots-clés et descripteurs utilisés sous forme de tableau.

Tableau 2

*Mots-clés et descripteurs*

Critères					
	P		I	O	
<b>Mots-clés en français</b>	Personne âgée	Dysphagie	Interventions infirmières	Qualité de vie	Établissement médico-social
<b>Mots-clés en anglais</b>	Aged Aging Elderly	Dysphagia	Nursing interventions Nursing care	Quality of life	Nursing home
Descripteurs					
<b>Pubmed</b>	Aged Elderly	Dysphagia Deglutition disorders	Nursing care	Life quality Quality of life Health related quality of life HRQOL	Homes Nursing Nursing homes
<b>Medline</b>	Aged Elderly	Dysphagia Deglutition disorders	Nursing care	Quality of life	Home care Home nursing
<b>Psycinfo</b>	Aging Elder care	Dysphagia	Nursing Quality of care Caregivers	Quality of life	Nursing homes
<b>Cochrane</b>	Aged Biological Aging Aging, Biological Senescence	Disorders, Deglutition Swallowing Disorder Deglutition Disorder Dysphagia Esophageal Dysphagia Dysphagia, Esophageal Oropharyngeal Dysphagia Dysphagia, Oropharyngeal	Care, Nursing Nursing Care Management Management, Nursing Care	Life quality Quality of life	Homes, nursing Home, nursing Nursing home



Afin de poursuivre le processus de recherche d'articles scientifiques, les auteures de ce travail ont formulé des équations de recherches. Celles-ci représentent un assemblage de plusieurs descripteurs dans une base de données reliés à l'aide de connecteurs comme « AND » et « OR », signifiant « ET » et « OU » en français. Afin d'être au plus proche de la thématique traitée, les premières équations de recherche ont mobilisé les cinq descripteurs. Néanmoins, lorsque les résultats étaient insuffisants ou insatisfaisants, les équations ont été réduites, ne mobilisant que quatre, puis que trois descripteurs. Parmi les articles scientifiques émergents, un processus de sélection a ensuite été mené par les auteures.

### **Sélection des articles**

Premièrement, dans le but de retenir des données récentes, les articles ayant parus avant l'an 2010 ont été exclus. Deuxièmement, après la lecture du titre, les auteures de ce travail ont étudié le résumé afin d'effectuer une première sélection. Troisièmement, les membres du groupe ont considéré la forme des articles dans le but de les analyser à travers la grille de Tétreault (Tétreault et al., 2014). La structure ayant été considérée comme adaptée afin de respecter les critères d'inclusion comporte une introduction, une méthode, des résultats ainsi qu'une discussion. Par la suite, le facteur d'impact des journaux dans lesquels les articles ont été publiés a également été pris en compte comme critère d'exclusion, sa valeur devant idéalement être égale ou supérieure à 1,5. Celui-ci représente un indice mesurant l'importance d'une

revue en fonction du nombre de citations reçue durant une année. Ainsi, une valeur élevée équivaut à une importante visibilité de la revue (Montréal, 2021). Immanquablement, les auteures de ce travail se sont également assurées de la pertinence du contenu des articles de recherche retenus au vu d'un apport potentiel de réponses lié à la question de recherche. La méthodologie de recherche et la sélection des articles sont présentées sous forme de tableaux dans le chapitre 8 (appendice A).

### **Analyse des articles**

À la suite de l'application des critères d'exclusion, 10 articles ont été retenus puis analysés à travers la grille de Tétreault (Tétreault et al., 2014). Ces analyses détaillées sont consultables dans le chapitre des annexes (appendice B) et la synthèse des résultats sont exposés dans le chapitre 5.

## **Chapitre 5 : Synthèse des résultats et discussion**

## **Synthèse des résultats**

**Article 1.** Huppertz et al. (2018) mesurent l'association entre la dysphagie oropharyngée (DO) et la malnutrition chez les personnes âgées institutionnalisées de 65 ans ou plus. À cet effet, des données ont été obtenues à partir de la mesure annuelle de la National Prevalence Measurement of Quality of Care (LPZ), dans les EMS participants. À l'aide des mesures anthropométriques, de la perte de poids involontaire et d'un questionnaire standardisé, cette étude transversale a évalué l'état nutritionnel des résidents, les problèmes de déglutition et les symptômes cliniquement pertinents en termes de dysphagie. En parallèle, les auteurs ont mesuré le niveau de dépendance des résidents aux soins par le biais de la Care Dependency Scale (CDS) et les interventions infirmières sur l'alimentation. Les résultats montrent qu'un résident sur cinq souffrant de problèmes de déglutition était malnutri et presque tous les résidents ont présenté une toux et/ou un éternuement pendant la déglutition. De plus, le CDS était significativement plus bas chez les personnes dysphagiques, impliquant ainsi une plus grande dépendance aux soins (Huppertz et al., 2018).

**Article 2.** La recherche menée par Burger et al. (2019) vise à connaître les meilleures pratiques en matière d'alimentation et la disponibilité de régimes à texture modifiée (RTM) pour les résidents des EMS. Une enquête transversale à l'échelle nationale a donc été réalisée par un questionnaire concernant les RTM, les caractéristiques structurelles et opérationnelles des

EMS et les caractéristiques liées aux résidents. Les résultats ont montré que presque toutes les EMS offrent une texture « hachée et humide », près de la moitié proposent deux niveaux de RTM et moins de la moitié fournissent trois niveaux de RTM. Les meilleures pratiques plus couramment mises en œuvre font référence aux « composants visibles séparément ». Néanmoins, le remodelage des composantes était la meilleure pratique la moins couramment considérée. De plus, environ 42% des EMS offrent une consultation diététique, bien qu'aucune différence n'ait été observée concernant le dépistage périodique de la malnutrition. Outre, la probabilité de la présence d'une équipe interdisciplinaire pour les soins nutritionnels et d'une formation régulière du personnel augmente avec le nombre de RTM proposé. D'après les résultats, bien que tous les EMS participants offrent plusieurs RTM, il y aurait manifestement la possibilité d'une amélioration, dès lors que seules 7,6% des institutions proposent trois niveaux en association aux meilleures pratiques recommandées. Ces caractéristiques reflètent une sensibilisation générale aux problèmes de nutrition, nécessitant d'être intensifiée (Burger et al., 2019).

**Article 3.** Chen et al. (2016) se questionnent sur les effets d'une intervention alimentaire chez les personnes âgées institutionnalisées atteinte de la maladie d'Alzheimer et de dysphagie. Pour ce faire, des interventions alimentaires ont été expérimentées pendant trois mois. Ceux-ci visent à préparer le patient, l'environnement, les aliments et les ustensiles afin d'organiser le moment du repas. L'infirmier a apporté une assistance et une

surveillance appropriée au cours des repas, en leur procurant des soins psychologiques et relationnels. Après le repas, les infirmiers ont aidé les patients à maintenir une hygiène corporelle et bucco-dentaire adéquate. À l'aide d'un test de déglutition de Kubota, de différentes échelles appréciant le comportement alimentaire et la fonction cognitive, une évaluation clinique des indicateurs nutritionnels ainsi qu'un calcul en kcal de la consommation alimentaire, des mesures pré et post-intervention ont été effectuées dans le but d'évaluer l'efficacité des interventions. Les résultats montrent une amélioration générale dans les capacités d'alimentation des patients après l'intervention, y compris une augmentation significative de la prise alimentaire et une diminution de la sévérité du trouble dysphagique. Malgré un échantillon très restreint, ce programme d'interventions alimentaires améliore de manière significative le statut nutritionnel et la compliance alimentaire des résidents des maisons de retraite (Chen et al., 2016).

**Article 4.** L'étude descriptive qualitative de Lea et al. (2017) examine la sensibilisation du personnel des EMS aux besoins quotidiens en matière d'alimentation et d'hydratation des personnes âgées atteintes de démence. À cet effet, onze membres de l'équipe interdisciplinaire ont été interrogés au moyen d'entretiens semi-structurés sur leur perception des pratiques actuelles et potentielles relatives à l'alimentation. De ceux-ci, émergent la perte de poids et la malnutrition comme étant les problèmes principaux. De plus, les résultats du questionnaire mettent en évidence différentes pratiques efficaces dans la

résolution et dans la prévention de ces complications. Parmi ceux-ci, les auteurs citent : l'amélioration de l'environnement physique et social pendant les repas, la proposition d'une quantité d'aliments appropriée et ayant une valeur nutritionnelle adéquate, en tenant compte des goûts de la personne. De plus, le personnel a commenté les facteurs susceptibles d'empêcher les changements dans la pratique de soins, en particulier la main-d'œuvre à temps partiel, la structure hiérarchique ne favorisant pas la communication au sein de l'équipe, la contrainte des horaires structurés ainsi qu'un manque d'un nombre du personnel effectif conforme aux exigences des soins (Lea et al., 2017).

Finalement, la formation du personnel a été jugée importante pour améliorer la compréhension de la nutrition, de l'hydratation et des stratégies de soins appropriées (Lea et al., 2017).

**Article 5.** La recherche portant sur la gestion et les manifestations de la dysphagie menée par Jukic Peladic et al. (2019) a pour but de définir la prévalence de la dysphagie chez les personnes âgées institutionnalisées et les signes cliniques en lien, notamment l'état nutritionnel, les escarres, l'hospitalisation et la mortalité, ainsi que les thérapies nutritionnelles réalisées. Cet étude observationnelle prospective, réalisée au moyen de différentes échelles standardisées et de l'examen clinique, a permis aux auteurs d'observer qu'une déficience cognitive était significativement présente chez 89,4% des personnes atteintes de dysphagie et que leur état nutritionnel s'est

péjoré davantage par comparaison aux résidents non dysphagiques. Entre autres, les résultats ont montré que les personnes atteintes de dysphagie avaient un plus grand risque d'escarres et que le taux de mortalité est plus élevé comparativement aux personnes non dysphagiques (Jukic Peladic et al., 2019).

**Article 6.** Dans cet article, Shune et Linville (2019) ont cherché à définir l'expérience vécue par les personnes dysphagiques vivant dans des EMS durant une restauration réussie et centrée sur la personne. Dès lors, une analyse qualitative utilisant la théorisation enracinée a été menée auprès de 21 participants s'étant auto-identifiés dans un des groupes représentant les principales personnes impliquées dans le processus de repas. Ces différents groupes comprennent les résidents, la famille des résidents, le personnel soignant (infirmiers, infirmiers auxiliaires), le personnel diététique et le personnel thérapeutique (ergothérapeutes, assistants thérapeutiques, orthophonistes). À l'aide d'entretiens semi-structurés, les auteurs ont investigué les comportements, les besoins, les objectifs et les obstacles liés à la restauration pouvant influencer les comportements. À la suite de l'analyse des données, une théorie centrale a émergé : « se concentrer sur la personne : individualisation et socialisation pendant les repas » (Shune & Linville, 2019, p.148). Cette théorie est décrite à travers quatre catégories interdépendantes mettant en évidence les facteurs définissant, facilitant et/ou entravant celle-ci : la priorité des questions de soins ; l'importance des liens



sociaux positifs ; les membres de l'équipe de soins investis, compétents et conscients ; les barrières structurelles et organisationnelles (Shune & Linville, 2019).

Finalement, dans le but de changer efficacement les pratiques de restauration en mettant l'accent sur l'individualisation et la socialisation, les auteurs ont interprété la théorie émergente et la place qu'occupe les repas dans la santé et le bien-être à travers un modèle socio-écologique de repas réussi avec dysphagie (Shune & Linville, 2019).

**Article 7.** Les auteurs ont pour but d'explorer les associations temporelles entre l'approche du soignant, les symptômes comportementaux liés à la démence et les événements d'aspiration. Parmi les variables comportementales de l'approche du soignant, les auteurs décrivent :

- Les actions centrées sur la personne : une adaptation au rythme du patient, le maintien d'un regard direct, la démonstration de son approbation et la coopération avec la personne.
- Les actions centrées sur les tâches : l'ignorance des besoins du patient et le contrôle verbal et physique des actions, entravant la coopération entre le soignant et le patient (Gilmore-Bykovskyi & Rogus-Pulia, 2018).

Dans cette perspective, une analyse secondaire a été menée à l'aide de 33 enregistrements vidéo observant les participants durant les repas. Par le biais de codes d'événements chronométrés, les auteurs ont effectué une analyse séquentielle basée sur le décalage, permettant de déterminer les

associations temporelles entre les variables (Gilmore-Bykovskyi & Rogus-Pulia, 2018).

Les résultats démontrent que les résidents atteints de démence ont exactement 12% de chance de présenter une toux ou un étouffement après une action du soignant centrée sur la tâche. Au contraire, ces événements sont moins susceptibles, à hauteur de 0 à 1%, de se produire lorsque les actions du soignant sont centrées sur la personne (Gilmore-Bykovskyi & Rogus-Pulia, 2018).

**Article 8.** Hägglund et al. (2019) étudient l'effet de l'entraînement neuromusculaire oral chez les personnes âgées en soins intermédiaires présentant un trouble de la déglutition. Pour ce faire, un essai contrôlé randomisé en grappes a été mené auprès de 116 participants venant de 36 unités de soins intermédiaires. Alors que le groupe intervention a suivi un entraînement neuromusculaire des muscles oro-faciaux et pharyngés durant cinq semaines à l'aide du dispositif IQoro®, le groupe témoin a reçu des soins habituels (Hägglund et al., 2019).

À l'aide d'un test d'ingestion d'eau chronométré, d'une dichotomisation des signes d'aspiration et d'un questionnaire d'auto-évaluation de la qualité de vie liée à la déglutition, les auteurs ont évalué la vitesse de déglutition, la présence de signes d'aspiration et la qualité de vie. Ces différentes mesures ont été effectuées avant le début de l'entraînement, après les cinq semaines de traitement, puis six mois après le traitement (Hägglund et al., 2019).

Les résultats démontrent un taux de déglutition 60% plus élevé que le groupe témoin après cinq semaines d'entraînement. De plus, ce taux est resté significativement supérieur dans le groupe expérimental six mois après le traitement. Concernant les signes d'aspiration, les résultats en fin de traitement mettent en évidence une réduction significative de ceux-ci dans le groupe expérimental. Néanmoins, ce résultat n'est pas persistant dans le temps. Finalement, concernant la qualité de vie liée à la déglutition testée également dans les trois temps, aucune différence significative n'a été obtenue entre les groupes (Hägglund et al., 2019).

**Article 9.** La question de recherche de cette étude quasi-expérimentale menée par Zanini et al. (2017) est la suivante : « Une intervention nutritionnelle comprenant des aliments à texture personnalisée, dans la bonne quantité, variété et avec d'excellentes caractéristiques d'appétence et d'acceptabilité réduirait-elle la malnutrition dans un groupe de personnes âgées dysphagiques institutionnalisées ? » (p. 4448). En ce sens, cette étude à séries temporelles interrompues simples a pour objectif l'évaluation des effets du programme alimentaire « NUTRICARE » sur le profil nutritionnel, biochimique et fonctionnel (Zanini et al., 2017).

À l'aide de différents tests et échelles, les auteurs ont évalué le niveau de malnutrition à travers les paramètres anthropométriques, les paramètres nutritionnels biochimiques et les évaluations cliniques des patients. Pour chacun d'entre eux, ces données ont été collectées rétrospectivement six mois

avant le début de l'étude, et prospectivement, toutes les huit semaines pendant six mois après l'introduction du programme alimentaire, pour un total de neuf évaluations. D'après les résultats significatifs obtenus à la fin de l'intervention, le refus de s'alimenter a significativement diminué, confirmant ainsi un meilleur niveau de satisfaction des participants. De plus, l'état nutritionnel des patients, l'indice de masse corporelle (IMC) et le profil biochimique se sont significativement améliorés (Zanini et al., 2017).

**Article 10.** Dans le but d'identifier le repas intermédiaire le plus apprécié chez les personnes âgées dysphagiques, Okkels et al. (2018) ont évalué les saveurs privilégiées en décrivant les propriétés sensorielles de base des aliments. À cet égard, les auteurs ont sélectionné des collations selon la texture, la valeur protéino-énergétique, la garniture et les couches composants le plat servi. En réponse aux séances de dégustation, les participants de l'étude ont décrit leur appétit, la saveur et l'apparence des aliments à l'aide d'un questionnaire d'appréciation. L'analyse statistique démontre que les aliments intermédiaires favorisés sont des desserts tels que la crème glacée à la vanille, le parfait aux fraises et la panna cotta. Ces résultats révèlent une augmentation significative du goût lorsque la température des aliments est basse ainsi qu'un score significativement plus élevé des saveurs aigres ou sucrés, contrairement aux saveurs salées. La teneur en matière grasse et en énergie est significativement corrélée à l'appréciation du goût, à la différence de la teneur en protéines (Okkels et al., 2018).

## **Développement des résultats en lien avec la question**

### **« PICOT »**

Dans ce chapitre, il s'agit de répondre à la question de recherche sous sa forme « PICOT » à l'aide de l'analyse des 10 articles présentée ci-dessus (Melnik & Fineout-Overholt, 2011). Dans cette perspective, les résultats sont discutés à travers deux thématiques principales identifiées par les auteures de ce travail de Bachelor : les actions interventionnelles infirmières et l'approche du soignant.

### **Actions interventionnelles infirmières**

Un nombre considérable d'études de recherche menées au sujet de la dysphagie mettent en évidence les complications engendrées principalement sur le plan physique de la personne, et par conséquent impactant négativement la vie des patients dans sa totalité. La malnutrition est étroitement liée à la dysphagie, de part un IMC réduit, provoquant ainsi des altérations fonctionnelles chez la personne âgée (Huppertz et al., 2018; Jukic Peladic et al., 2019). Jukic Pedalic et al. (2019) décrivent, parmi d'autres, les altérations des conditions cliniques et physiologiques telles qu'un amaigrissement, la perte du tonus musculaire, un plus grand risque d'escarre, un besoin majeur d'aide à l'alimentation et une asthénie, conduisant ainsi à une diminution de l'autonomie de la personne dans les AVQ et, par conséquent, une plus grande dépendance aux soins (Huppertz et al., 2018; Jukic Peladic et al., 2019; Ouellette, 1999).

De ces résultats, il en découle une aggravation des conditions physiques de la personne âgée institutionnalisée ayant des difficultés à s'alimenter correctement, qui favoriserait par la suite une détérioration de la qualité de vie (Jukic Peladic et al., 2019; Ouellette, 1999). À cet égard, une gestion optimale du trouble de la déglutition dans les EMS est indispensable (Jukic Peladic et al., 2019).

Une perspective interventionnelle amenée par Hägglund et al. (2019) met en évidence l'efficacité de l'entraînement neuromusculaire oral sur la dysphagie, démontrant une nette amélioration de la fonction de déglutition ainsi qu'une diminution des signes d'aspiration. Néanmoins, malgré une diminution de la fréquence de la malnutrition et de la pneumonie, Hägglund et al. (2019) attestent qu'en raison d'une incapacité des personnes âgées à reconnaître leurs difficultés à déglutir et ainsi de s'en plaindre, aucun changement de la qualité de vie liée à la déglutition n'a été objectivé entre le groupe contrôle et le groupe intervention (Hägglund et al., 2019).

Certains auteurs s'accordent à dire qu'une bonne nutrition est non seulement un droit humain fondamental, mais également une condition préalable à une bonne qualité de vie (Zanini et al., 2017). Dans cet esprit, Zanini et al. (2017) démontrent les bénéfices du programme nutritionnel « NUTRICARE », caractérisé par ces différents niveaux de texture alimentaire individualisés, sur le profil nutritionnel, biochimique et fonctionnel. Ainsi, au

terme de l'étude, les résultats démontrent notamment une amélioration significative du profil nutritionnel et biochimique (Zanini et al., 2017).

Toujours dans le but d'intervenir sur les complications dues à la dysphagie, Chen et al. (2016) ont mis en évidence que des interventions alimentaires peuvent améliorer les conditions des patients. Les interventions planifiées par les auteurs valorisent le moment du repas en préparant en premier lieu l'environnement et la personne, tout en garantissant une ambiance paisible. En second lieu, les infirmiers ont veillé à respecter les rythmes des résidents et ont établi une communication en les assistant selon leurs besoins, en gardant une attitude empathique, en validant et en les encourageant au long de l'activité (Chen et al., 2016).

Finalement, ces constats montrent qu'une intervention alimentaire adéquate améliore dans un premier temps le fonctionnement du mécanisme de la déglutition, réduit dans un deuxième temps les conséquences telles que la malnutrition et la pneumonie, et peut donc dans un troisième temps préserver la qualité de vie des résidents dysphagiques (Chen et al., 2016; Zanini et al., 2017).

### **Approche du soignant**

Hormis les interventions infirmières d'ordre pratique et interventionnel décrites ci-dessus, qui tendent premièrement vers l'amélioration de la fonction de déglutition pour ainsi agir secondement sur la qualité de vie, plusieurs articles analysés ont mis en évidence l'importance d'adopter une approche

centrée sur la personne lors de la prise en soin d'un résident âgé souffrant de dysphagie.

Selon les résultats obtenus lors de leur étude, Gilmore-Bykovskyi et Rogus-Pulia (2018) concluent que l'approche adoptée par le soignant peut influencer la survenue d'événement d'aspiration durant un repas. Plus précisément, l'approche du soignant centrée sur les tâches peut générer un risque d'étouffement et d'aspiration, alors que l'approche centrée sur la personne évitera complètement cet événement indésirable (Gilmore-Bykovskyi & Rogus-Pulia, 2018).

Dans l'étude menée par Shune et Linville (2019), les participants évoquent la promotion de leur qualité de vie lorsque les équipes ont focalisé leur attention sur l'individualisation et la socialisation des soins aux résidents plutôt que sur l'optimisation des capacités de déglutition. À ce propos, Lea et al. (2017) se sont intéressés au degré de sensibilisation du personnel des maisons de retraite aux problèmes de malnutrition, de déshydratation et d'une péjoration de la qualité de vie. Les participants des études s'entendent donc sur la définition d'un repas réussi, se caractérisant par : le respect de l'individu et de ses préférences individuelles ; le soutien de l'indépendance ; le soutien et la promotion des interactions sociales. Par ailleurs, les collaborateurs évoquent un grand obstacle, tel que les potentielles contraintes organisationnelles des EMS, les empêchant de garantir des soins individualisés et d'améliorer ainsi leur pratique (Lea et al., 2017).



Selon Zanini et al. (2017), les aliments des patients dysphagiques sont généralement mélangés ou dilués dans le but d'obtenir la densité et la texture souhaitée. Néanmoins, les auteurs relèvent plusieurs conséquences de ces préparations, notamment de mauvaises caractéristiques visuelles en termes d'apparence et de texture, avec des types d'aliments analogues présentant des goûts identiques (Zanini et al., 2017).

En ce sens, dans le but de découvrir les préférences alimentaires des personnes âgées dysphagiques tout en assurant un apport énergétique adéquat, Okkels et al. (2018) ont évalué l'appréciation de plusieurs plats à texture modifiée en fournissant un éventail de saveurs et de différentes présentations d'assiettes. Les auteurs ont constaté qu'en respectant les préférences de chacun, un apport énergétique approprié peut être préservé. Par exemple, les aliments sucrés à basse température ont été les plus appréciés lors de l'étude (Okkels et al., 2018).

De plus, Zanini et al. (2017) ont évalué les effets du programme « NUTRICARE » sur l'état nutritionnel en considérant le niveau de satisfaction des participants. En effet, ce programme est composé de différents niveaux personnalisés de texture alimentaire, ceux-ci répondant aux caractéristiques de la personne en termes de quantité, consistance, goût, variété et appétence. Au terme de cette étude, le « NUTRICARE », tenant donc compte du plaisir et de l'observance des patients, a significativement augmenté le niveau de satisfaction des résidents (Zanini et al., 2017).

Toutefois, il est primordial que différents régimes à texture modifiée soient mis à disposition dans les maisons de retraite. Burger et al. (2019) ont montré que la majorité des institutions de soins mettent à disposition au moins une texture alimentaire. Cependant, les auteurs relèvent que seulement 7,6% des EMS allemands appliquent quatre meilleures pratiques de soins et proposent trois niveaux de RTM. En conclusion, il est important que les établissements enrichissent les menus proposés dans le but d'offrir différentes alternatives et ainsi pouvoir mieux refléter les goûts des personnes dysphagiques (Burger et al., 2019; Shune & Linville, 2019).

### **Perspective pour la pratique**

Huppertz et al. (2018) et Jukic Peladic et al. (2019) relèvent d'innombrables prévalences de la dysphagie que Chen et al. (2016) expliquent par le manque de connaissances du personnel soignant concernant la nutrition, la dysphagie et ses conséquences. De plus, Shune et Linville (2019) constatent que lorsque les membres de l'équipe sont investis, sensibilisés et bien formés, les expériences culinaires vécues par les résidents sont plus individualisées et fructueuses. Dans cette optique, les auteures de ce travail s'accordent aux propositions de Chen et al. (2016), qui ont jugé pertinent d'offrir des formations afin de fournir les connaissances nécessaires à la compréhension du trouble de la déglutition et à la nutrition, dans le but de sensibiliser les professionnels de santé aux complications impactant considérablement la qualité de vie des résidents.

De plus, les auteures de ce travail de Bachelor constatent une grande variété d'échelles évaluant les troubles de la déglutition. Cela pourrait s'expliquer par un manque d'outils standardisés et de protocoles, se traduisant finalement par une problématique sous-diagnostiquée et sous-évaluée (Huppertz et al., 2018). Les membres du groupe proposent donc un exemple de protocole pouvant être appliqué en EMS :

1. En cas de suspicion de dysphagie, l'infirmier évalue les signes cliniques.
2. L'infirmier effectue ensuite un test de dépistage à l'aide de l'outil « Gugging swallowing screen » (GUSS), celui-ci étant jugé par Park, Bang, Han et Chang (2015), les auteurs de la revue systématique, comme étant le plus adapté en EMS.
3. En cas de dysphagie avérée, l'infirmier peut mettre en place une équipe interdisciplinaire composée principalement d'un médecin, d'un nutritionniste et d'un ergothérapeute.
4. En lien avec les interventions découlant du point 3 tout en adoptant une approche centrée sur la personne, l'infirmier réévalue le trouble à l'aide du « GUSS » (Asselin, Larocque, Pellerin, Coulombe, & Marc, 2015; Park et al., 2015).

### **Lien entre la synthèse des résultats et le cadre théorique**

Parse (1981) considère la vie de l'individu comme étant riche en paradoxes, en l'exposant à un défi existentiel composé de choix à accomplir tout en vivant avec « l'ambiguïté des résultats inconnus » (p. 60, dans

Baumann & Söderhamn, 2005). Afin d'assurer la qualité de vie telle que la personne la conçoit, il est important de considérer non seulement le résultat escompté à la suite des interventions infirmières mises en place, mais également le sens que chacun attribue à l'alimentation et à l'aspect social des repas (Baumann & Söderhamn, 2005). Shune et Linville (2019) illustrent cette ambiguïté en mettant en évidence le sentiment d'exclusion ressenti par les résidents lorsque leurs repas diffèrent en apparence à ceux des autres. Les participants considèrent donc les aspects sociaux plus essentiels pour leur bien-être général que la sécurité fonctionnelle du mécanisme de déglutition, malgré la conscience des risques encourus (Shune & Linville, 2019).

Pour conclure, la théorie de l'humaindevenant permet de considérer le potentiel propre à la personne âgée pour qu'il puisse continuer à progresser malgré la maladie et que les infirmières vivent ces changements avec lui en les laissant trouver leur chemin (Baumann & Söderhamn, 2005). En d'autres termes, la théorie de Parse permet de stabiliser la balance décisionnelle et ainsi trouver avec le patient le juste milieu visant une alimentation plaisir, permettant finalement de respecter le choix et les désirs de la personne.

## **Chapitre 6 : Conclusion**

## **Apport du travail**

Le travail de Bachelor est un travail de recherche utile pour les soins infirmiers, répondant aux enjeux inéluctables rencontrés dans la pratique infirmière/professionnelle à travers des données probantes (Mondoux, 2014).

Dans le but ultime de développer une posture d'expert en soins infirmiers et d'adopter ainsi les meilleures pratiques de soins, il est nécessaire que les professionnels puissent accroître cette posture par l'exploitation des résultats apportés par les recherches les plus récentes, de manière à rehausser la qualité des soins (Mondoux, 2014).

Ce travail si riche en savoirs et en expériences favorise non seulement le développement des connaissances personnelles sur le plan théorique et méthodologique, mais il retrouve également toute sa signification dans son intérêt sociétale.

Les auteures de ce travail de recherche ont pu découvrir et approfondir leurs compétences au sujet de la dysphagie sous différents angles, englobant notamment la notion de qualité de vie, les notions de nutrition et de malnutrition ainsi que les différentes approches du soignant à cet égard.

Le long chemin parcouru par les auteures pour permettre la réalisation de ce travail a néanmoins rencontré autant d'éléments facilitants que d'éléments contraignants, qui sont reportés dans les pages qui suivent.

### **Éléments facilitateurs**

À travers un investissement considérable, la rédaction de ce travail de Bachelor a permis aux membres du groupe de fortifier leurs compétences en termes de collaboration et de communication. Alors que l'engagement personnel que les auteures de ce travail ont apporté a favorisé l'achèvement de ce projet, le partage respectueux des différents points de vue a facilité la rédaction et la discussion de ce travail. De la même manière, le groupe a fait preuve de complémentarité par les débats menés au sujet de la question de recherche. Également, l'entraide, la coopération et l'encouragement réciproque ont été fondamentaux dans la progression d'un travail si complexe.

Par son suivi rigoureux, la directrice de ce travail de Bachelor a éclairé le groupe sur les consignes à suivre et a fourni un accompagnement facilitant l'écriture selon un fil rouge, ceci dans un but final d'atteindre l'objectif initial.

### **Éléments contraignants**

La multitude de causes reliées au trouble de la déglutition a été, au départ, un élément déstabilisant pour le groupe, demandant ainsi un effort commun pour retrouver un centre d'intérêt ciblant les recherches et les informations pertinentes répondant à notre question de recherche.

La coopération et la collaboration du groupe ont été mentionnées précédemment comme étant une richesse, facilitant l'achèvement de ce travail de recherche. Néanmoins, l'organisation et l'entente entre plusieurs membres, n'étant pas des variables constantes et stables, ont par moment représenté

une entrave à la cohésion du groupe. De même, la transition entre la réalisation de ce travail, initialement débuté en trio et s'étant poursuivi en duo, a certainement déstabilisé le groupe ainsi que sa motivation quant à la finalisation de ce travail dans les temps impartis.

L'aménagement des différents projets à réaliser parallèlement à ce travail au cours de la dernière année de formation Bachelor ainsi que la crise sanitaire liée à la pandémie au COVID-19 ont demandé un grand investissement de la part de tous ainsi qu'une organisation rigoureuse permettant ainsi de réussir à mener à bien ce projet commun.

### **Limites**

La complexité de cette démarche d'exploitation a, par ailleurs, rencontré certaines limites pouvant compromettre une réponse adéquate à la question de départ. Parmi celles-ci, il est important de prendre en considération les biais que certains articles analysés ont relevé, pouvant par conséquent potentiellement biaiser la réponse à la question de recherche.

En premier lieu, l'article 1 porte l'attention sur l'absence de l'utilisation d'une échelle standardisée et universelle évaluant le trouble de la déglutition, provoquant ainsi une grande diversité dans les résultats des différentes études de recherche (Huppertz et al., 2018). De la même manière, l'article 5 révèle que l'évaluation du trouble de la déglutition, reposant sur l'observation et l'évaluation clinique infirmière, a pu altérer la prévalence de la dysphagie conduisant à un sous-diagnostic de la maladie (Jukic Peladic et al., 2019). En



ce même sens, l'article 8 expose qu'aucun examen endoscopique n'a été effectué afin de confirmer le trouble (Hägglund et al., 2019).

De manière similaire, l'article 2 reporte une limitation concernant la longueur du questionnaire recueillant les données. De ce fait, celui-ci aurait pu limiter la participation des EMS favorisant davantage la contribution volontaire des maisons de retraite particulièrement intéressées à la nutrition. De plus, les auteurs reportent que les réponses obtenues pourraient être plutôt socialement acceptées que reflétant la réalité (Burger et al., 2019).

Les études 3, 4 et 10 ont considéré des échantillons très restreints, se révélant insuffisamment représentatif de la population étudiée, malgré des résultats significativement positifs (Chen et al., 2016; Lea et al., 2017; Okkels et al., 2018). De même, alors que l'article 6 relève la limite induite par un petit échantillonnage peu diversifié en termes de variation raciale et ethnique, l'article 7 met notamment en évidence l'absence de considération des caractéristiques individuelles des participants et le choix délibérés des EMS collaborant (Gilmore-Bykovskyi & Rogus-Pulia, 2018; Shune & Linville, 2019). Également, les auteurs de l'article 9 ajoutent qu'en plus d'une limite consécutive à une participation volontaire, l'état de santé des participants auraient pu influencer les résultats (Zanini et al., 2017).

La présence de différentes limites rencontrées au cours de ce travail a été considérée au cours de l'analyse afin de répondre de manière objective à la question de recherche.

Pour conclure, le groupe partage l'idée que l'analyse d'études réalisées sur le territoire Suisse aurait facilité une transférabilité des résultats dans la pratique. En effet, les différentes études retenues dans ce travail ont été menées hors du territoire Suisse, plus précisément au Pays-Bas, en Allemagne, en Italie, au Danemark, en Suède, en Chine, en Australie ainsi qu'aux États-Unis. Néanmoins, malgré les différences culturelles et de systèmes de santé, il semble envisageable que les résultats soient transférables à notre population Suisse.

### **Perspectives pour la recherche**

En conclusion de ce travail de recherche, les membres du groupe admettent que plusieurs aspects associés à la dysphagie nécessitent un approfondissement considérable dans la littérature.

Les auteures de ce travail soupçonnent des variables dépendantes principalement focalisées sur le plan physique, au détriment du plan psychologique. Plus précisément, bien que la thématique traitant la qualité de vie des personnes en EMS soit un sujet d'actualité, les articles retenus dans ce travail de Bachelor ont principalement mesuré la fonction de déglutition, délaissant ainsi la notion de qualité de vie en arrière-plan. En conséquence, il semble judicieux de mener de futures recherches ayant pour but d'investiguer la signification de la qualité de vie en EMS chez les citoyens âgés suisses souffrant de dysphagie, considérant celle-ci comme thématique principale de l'étude.

De plus, en lien avec les limitations des études, telles qu'un manque d'outil standardisé, il semblerait pertinent pour les recherches futures d'effectuer davantage de recherches qualitatives et quantitatives permettant de mieux comprendre l'impact de la dysphagie sur la qualité de vie en EMS.

## **Chapitre 7 : Références**

- Acquadro, C., Conway, K., Hareendran, A., & Aaronson, N. (2008). Literature Review of Methods to Translate Health-Related Quality of Life Questionnaires for Use in Multinational Clinical Trials. *Value in Health*, 11(3), 509–521.
- Arwidson, P., Bury, J. A., Choquet, M., De Peretti, C., Deccache, A., Moquet-Anger, M.-L., & Paicheler, G. (2017). *Éducation pour la santé des jeunes : démarches et méthodes* (INSERM). Paris.
- Asselin, G., Larocque, B., Pellerin, M.-A., Coulombe, M., & Marc, R. (2015). Pratiques optimales d'évaluation de la dysphagie pour la clientèle hospitalisée. In *Unité d'évaluation des technologies et des modes d'intervention en santé UETMIS* (Vol. 151). <https://doi.org/10.1145/3132847.3132886>
- Auzou, P. (2007a). Anatomy and physiology of normal swallowing. *Kinesithérapie*, 7(64), 14–18. [https://doi.org/10.1016/s1779-0123\(07\)70368-6](https://doi.org/10.1016/s1779-0123(07)70368-6)
- Auzou, P. (2007b). Neurological control of swallowing. *Kinesithérapie*, 7(64), 24–29. [https://doi.org/10.1016/s1779-0123\(07\)70370-4](https://doi.org/10.1016/s1779-0123(07)70370-4)
- Azocar, B. (2018). Prévention : l'apologie du changement. *Enfances & Psy*, 1(1), 25–36. <https://doi.org/https://doi.org/10.3917/ep.077.0025>
- Baijens, L. W. J., Clavé, P., Cras, P., Ekberg, O., Forster, A., Kolb, G. F., ... Walshe, M. (2016). European society for swallowing disorders - European union geriatric medicine society white paper: Oropharyngeal dysphagia as a geriatric syndrome. *Clinical Interventions in Aging*, 11, 1403–1428. <https://doi.org/10.2147/CIA.S107750>
- Baumann, S. L., & Söderhamn, O. (2005). Considering and enjoying tomorrow: Global aging through a human becoming lens. *Nursing Science Quarterly*, 18(4), 353–358. <https://doi.org/10.1177/0894318405280373>
- Bleeckx, D., Postiaux, G., & Reyckler, H. (2001). *Dysphagie : évaluation et rééducation des troubles de la déglutition*. Bruxelles: De Boeck & Larcier SA.
- Boittin, I., Lagoutte, M., & Lantz, M. C. (2002). Virginia Henderson: 1897-1996. Biographie et analyse de son oeuvre. *Recherche En Soins Infirmiers*, (68), 5–17.
- Bournes, D. A. (2002). Research Issues Research Evaluating Human Becoming in Practice. *Nursing Science Quarterly*, 190–195.
- Brousse, C., & Boisaubert, B. (2007). La qualité de vie et ses mesures. *Revue de Medecine Interne*, 28(7), 458–462. <https://doi.org/10.1016/j.revmed.2007.02.010>
- Bruchon-Schweitzer, M., & Boujut, E. (2014). *Psychologie de la santé : concepts, méthodes et modèles* (2nd ed.). Paris: Dunod.
- Bulechek, G. M., Butcher, H. K., & Dochterman, J. M. (2010). *Classification des interventions de soins infirmiers : CISI/NIC*. Issy-les-Moulineaux: Elsevier Masson SAS.
- Burger, C., Kiesswetter, E., Alber, R., Pfannes, U., Arens-Azevedo, U., & Volkert, D. (2019). Texture modified diet in German nursing homes:

- Availability, best practices and association with nursing home characteristics. *BMC Geriatrics*, 19(1), 1–11. <https://doi.org/10.1186/s12877-019-1286-9>
- Chalifour, J. (1989). *La relation d'aide en soins infirmiers. Une perspective holistique- humaniste* (Lamarre, Ed.). Paris.
- Chen, L. L., Li, H., Lin, R., Zheng, J. H., Wei, Y. P., Li, J., ... Chen, H. Y. (2016). Effects of a feeding intervention in patients with Alzheimer's disease and dysphagia. *Journal of Clinical Nursing*, 25(5–6), 699–707. <https://doi.org/10.1111/jocn.13013>
- Chercher pour trouver. (2009). J'utilise exclusivement le masculin ou le masculin et le féminin. Retrieved from <https://www.ebsi.umontreal.ca/jetrouve/ecrit/feminin.htm>
- Chinn, P. L., & Kramer, M. K. (2015). *Knowledge Development in Nursing: Theory and Proccess* (9e ed.). St-Louis: Elsevier Mosby.
- Collectif Larousse. (2006). *Le petit Larousse illustré* (2007th ed.). Paris: Larousse.
- Conseil International des Infirmières. (2002). Définition des soins infirmiers. Retrieved January 20, 2021, from <https://www.icn.ch/fr/politique-infirmiere/definitions>
- Cummins, R. A. (2005). Moving from the quality of life concept to a theory. *J Intellect Disabil Res Journal of Intellectual Disability Research*, 49(10), 699–706.
- Davidoff, N., Estève, F., Ferlay, O., Garo, S., Montorfani, C., Sottas, M.-C., & Uldry, C. (2004). Dysphagie. Retrieved December 8, 2020, from [https://www.hug.ch/sites/interhug/files/structures/pluriprofessionnels\\_de\\_sante/documentdysphagie.pdf](https://www.hug.ch/sites/interhug/files/structures/pluriprofessionnels_de_sante/documentdysphagie.pdf)
- Dayer, G., & Lachat, A. (2019). *Référenciel HNE pour la prise en charge interdisciplinaire des patients adultes dysphagiques*. Neuchâtel.
- Doucet, T. J., & Bournes, D. A. (2007). Human becoming research. *Nursing Science Quarterly*, 20(1), 16. <https://doi.org/10.1177/0894318406296278>
- Doucet, T. J., & Maillard Strüby, F. V. (2011). *Rosemarie Rizzo Parse: L'école de Pensée de l'Humaindevenant*. Marly: Aquilance.
- Ekberg, O., Hamdy, S., Woisard, V., Wuttge-Hannig, A., & Ortega, P. (2002). Social and psychological burden of dysphagia: Its impact on diagnosis and treatment. *Dysphagia*, 17(2), 139–146. <https://doi.org/10.1007/s00455-001-0113-5>
- Favre, N., & Kramer, C. (2016). *La recherche documentaire au service des sciences infirmières et autres professions de la santé* (2nd ed.). Lausanne: Lamarre.
- Fawcett, J. (2005). *Contemporary Nursing Knowledge. Analysis and Evaluation of nursing Models and Theories*. Philadelphia : F.A. Davis.
- Fischer, G.-N., & Dodeler, V. (2009). *Psychologie de la santé et environnement : facteurs de risque et prévention*. Paris : Dunod.

- Forster, A., Samaras, N., Notaridis, G., Morel, P., Hua-Stolz, J., & Samaras, D. (2013). Évaluation Et Dépistage Des Troubles De La Déglutition En Gériatrie. *NPG Neurologie - Psychiatrie - Geriatrie*, 13(74), 107–116. <https://doi.org/10.1016/j.npg.2012.10.005>
- Fortin, M.-F., & Gagnon, J. (2016). *Fondements et étapes du processus de recherche: méthodes quantitatives et qualitatives* (3rd ed.). Montréal: Chenelière Education.
- Gagnon, J., Lechasseur, K., & Milhomme, D. (2014). L'intégration des savoirs infirmiers pour une pratique compétente en soins critiques: quelques pistes de réflexion. *L'infirmière Clinicienne*, 11(1), 1–10. Retrieved from <http://revue-infirmiereclinicienne.uqar.ca/>
- Gentizon, J., Borrero, P., Vincent-Suter, S., Ballabeni, P., Morin, D., & Eicher, M. (2016). La pratique fondée sur des preuves chez les infirmières de centres hospitaliers universitaires en Suisse romande: étude descriptive et corrélationnelle. *Association de Recherche En Soins Infirmiers*, 127, 24–42. Retrieved from <https://doi.org/10.3917/rsi.127.0028>
- Gilmore-Bykovskyi, A. L., & Rogus-Pulia, N. (2018). Temporal Associations between Caregiving Approach, Behavioral Symptoms and Observable Indicators of Aspiration in Nursing Home Residents with Dementia. *Journal of Nutrition, Health and Aging*, 22(3), 400–406. <https://doi.org/10.1007/s12603-017-0943-y>
- Hägglund, P., Hägg, M., Wester, P., & Leving Jäghagen, E. (2019). Effects of oral neuromuscular training on swallowing dysfunction among older people in intermediate care - A cluster randomised, controlled trial. *Age and Ageing*, 48(4), 533–540. <https://doi.org/10.1093/ageing/afz042>
- Homecare Direction. (2018). *Staff trainer. Dysphagia*. Gaithersburg.
- Honey, P., & Mumford, A. (1982). *Manual of learning styles*. Maidenhead: Peter Honey, Ardingley House.
- Hotzenköcherle, S., Schwegler, H., Comte, C., & Crépin, A. (n.d.). La déglutition dans le contexte du vieillissement - qu'est-ce que la presbyphagie? Retrieved December 15, 2020, from <https://www.dysphagie.ch/français/informations-pour-les-professionnels/presbyphagie/>
- Huppertz, V. A. L., Halfens, R. J. G., van Helvoort, A., de Groot, L. C. P. G. M., Baijens, L. W. J., & Schols, J. M. G. A. (2018). Association Between Oropharyngeal Dysphagia and Malnutrition in Dutch Nursing Home Residents: Results of the National Prevalence Measurement of Quality of Care. *Journal of Nutrition, Health and Aging*, 22(10), 1246–1252. <https://doi.org/10.1007/s12603-018-1103-8>
- Intercollegiate Scottish Network Guidelines. (2010). Initial clinical evaluation of swallowing and nutrition after stroke. *Management of Patients with Stroke: Identification and Management of Dysphagia A National Clinical Guideline*, (June), 4–5. Retrieved from <http://www.sign.ac.uk/pdf/sign118.pdf%5Cnpapers2://publication/uuid/>

23B269EC-C4F7-42AB-A8E6-EF3AD95BA8CF

- Jukic Peladic, N., Orlandoni, P., Dell'Aquila, G., Carrieri, B., Eusebi, P., Landi, F., ... Cherubini, A. (2019). Dysphagia in Nursing Home Residents: Management and Outcomes. *Journal of the American Medical Directors Association*, 20(2), 147–151. <https://doi.org/10.1016/j.jamda.2018.07.023>
- Lancaster, J. (2015). Dysphagia: its nature, assessment and management. *British Journal of Community Nursing, Suppl Nutrition*. <https://doi.org/10.12968/bjcn.2015.20.Sup6a.S28>
- Landrin, I., Capet, C., & Menager, C. (2016). Dépistage des troubles de la déglutition et prévention des pneumopathies d'inhalation. In *Gérontologie préventive* (Third Edit). <https://doi.org/10.1016/B978-2-294-74614-7/00021-0>
- Lea, E. J., Goldberg, L. R., Price, A. D., Tierney, L. T., & McInerney, F. (2017). Staff awareness of food and fluid care needs for older people with dementia in residential care: A qualitative study. *Journal of Clinical Nursing*, 26(23–24), 5169–5178. <https://doi.org/10.1111/jocn.14066>
- Leemann, B., Sergi, S., Sahinbasic, L., & Schnider, A. (2016). Détection et prise en charge d'un trouble de déglutition neurologique. *Revue Médicale Suisse*, 12(508), 467–471.
- Lohe, V. K., & Kadu, R. P. (2016). Dysphagia: A Symptom Not a Disease. *Oral Health Case Reports*, 2(2), 2–5. <https://doi.org/10.4172/2471-8726.1000117>
- Maillard Strüby, F. V., Persico, L., & Zermatten, M. (2016). *Humaindevenant Vivant Qualité. Première approche au quotidien*. Marly: Aquilance.
- Malhi, H. (2016). Dysphagia: Warning signs and management. *British Journal of Nursing*, 25(10), 546–549. <https://doi.org/10.12968/bjon.2016.25.10.546>
- Maniez, F., & Digital, T. (2009). *Dorland dictionnaire médical bilingue: français-anglais, anglais-français* (28th ed.; Elsevier Masson, Ed.). Issy-les-Moulineaux.
- Marieb, E. N., & Hoehn, K. (2015). *Anatomie et physiologie humaines* (9th ed.). Montréal: Pearson.
- Martel, J. (2001). *Dysphagie iatrogénique*. 34(1), 11–15.
- Meleis, A. I. (2007). *Theoretical Nursing: Development and Progress*. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
- Melnyk, B. M., & Fineout-Overholt, E. (2011). *Evidence-based practice in nursing & healthcare: a guide to best practice*. Philadelphia: Wolters Kluwer/Lippincott Williams & Wilkins.
- Mias, L. (2003). Personnes âgées et besoin de boire et manger. Retrieved January 12, 2021, from <http://papidoc.chic-cm.fr/573Hend02Manger.pdf>
- Mondoux, J. (2014). *Travail de Bachelor Cadre général de réalisation et d'évaluation*. (6131125), 1–8.
- Montréal, P. (2021). Mise en valeur de la recherche > Impact des revues.



- Retrieved from  
[https://guides.biblio.polymtl.ca/mise\\_en\\_valeur\\_de\\_la\\_recherche/impact\\_revues](https://guides.biblio.polymtl.ca/mise_en_valeur_de_la_recherche/impact_revues)
- NICE. (2017). Nutrition support for adults: oral nutrition support, enteral tube feeding and parenteral nutrition. *NICE Guidelines*, (February 2006 last updated August 2017), 12. Retrieved from  
<https://www.nice.org.uk/guidance/cg32/resources/nutrition-support-for-adults-oral-nutrition-support-enteral-tube-feeding-and-parenteral-nutrition-pdf-975383198917>
- Nogueira, D., & Reis, E. (2013). Swallowing disorders in nursing home residents: How can the problem be explained? *Clinical Interventions in Aging*, 8, 221–227. <https://doi.org/10.2147/CIA.S39452>
- Office fédéral de la Statistique (OFS). (2009). *Portrait démographique de la Suisse*. Neuchâtel, Suisse.
- Office fédéral de la Statistique (OFS). (2019). Établissements médico-sociaux. Retrieved from  
<https://www.bfs.admin.ch/bfs/fr/home/statistiques/sante/systeme-sante/etablissements-medico-sociaux.html>
- Office fédéral de la Statistique (OFS). (2020a). Données démographiques de divers pays d'Europe, 1981-2019. Retrieved from  
<https://www.bfs.admin.ch/bfs/fr/home/statistiques/population.assetdetail.14387048.html>
- Office fédéral de la Statistique (OFS). (2020b). Population. Retrieved from  
<https://www.bfs.admin.ch/bfs/fr/home/statistiques/population/effectif-evolution/population.html>
- Office fédéral de la Statistique (OFS). (2021). Institutions médico-sociales : nombre de clients selon l'âge et le sexe. Retrieved from  
<https://www.bfs.admin.ch/bfs/fr/home/statistiques/sante/systeme-sante/etablissements-medico-sociaux.assetdetail.15724048.html>
- Okkels, S. L., Saxosen, M., Bügel, S., Olsen, A., Klausen, T. W., & Beck, A. M. (2018). Acceptance of texture-modified in-between-meals among old adults with dysphagia. *Clinical Nutrition ESPEN*, 25, 126–132. <https://doi.org/10.1016/j.clnesp.2018.03.119>
- Organisation des Nations Unies, Department of Economic and Social Affairs, & Population Division. (2020). World Population Ageing 2019. Retrieved December 8, 2020, from (ST/ESA/SER.A/444) website:  
[https://www.un.org/development/desa/pd/sites/www.un.org.development.desa.pd/files/files/documents/2020/Jan/un\\_2019\\_worldpopulationageing\\_report.pdf](https://www.un.org/development/desa/pd/sites/www.un.org.development.desa.pd/files/files/documents/2020/Jan/un_2019_worldpopulationageing_report.pdf)
- Organisation Mondiale de la Santé. (1946). Constitution de l'Organisation mondiale de la Santé. *Actes Officiels de l'Organisation Mondiale de La Santé*, (2), 100.
- Organisation Mondiale de la Santé. (1996). Quelle qualité de vie? *Forum Mondial de La Santé*, 17(4), 384–386.

- Ouellette, S. (1999). *La problématique de malnutrition chez les aînés*.
- Park, Y. H., Bang, H. L., Han, H. R., & Chang, H. K. (2015). Dysphagia screening measures for use in nursing homes: A systematic review. *Journal of Korean Academy of Nursing*, 45(1), 1–13. <https://doi.org/10.4040/jkan.2015.45.1.1>
- Parse, R. R. (1992). Human Becoming: Parse's Theory of Nursing. *Nursing Science Quarterly*. <https://doi.org/doi:10.1177/089431849200500109>
- Parse, R. R. (2003). *L'humain en devenir : Nouvelle approche du soin et de la qualité de vie*. Québec: Presses de l'Université Laval.
- Parse, R. R. (2014). *Le paradigme de l'humaindevenant : Une vision du monde transformationnelle*. Marly: Aquilance.
- Pepin, J., Ducharme, F., & Kérouac, S. (2017). *La pensée infirmière* (4e ed.). Montréal: Chenelière éducation.
- Piche, T., & Hatlebakk, J. G. (2006). Dysphagia in the course of gastro-oesophageal reflux before surgery. *Acta Endoscopica*, 36(4), 545–554.
- Puisieux, F., d'Andrea, C., Baconnier, P., Bui-Dinh, D., Castaings-Pelet, S., Crestani, B., ... Weil-Engerer, S. (2009). Troubles de la déglutition du sujet âgé et pneumopathies en 14 questions/ réponses. *Revue Des Maladies Respiratoires*, 26(6), 587–605. [https://doi.org/10.1016/S0761-8425\(09\)74690-X](https://doi.org/10.1016/S0761-8425(09)74690-X)
- Revillot, J.-M. (2016). *Manuel d'Éducation Thérapeutique du Patient. Modèles, méthodes, pratiques* (Dunod, Ed.). Paris.
- Rogers, M. E. (1970). *An Introduction to the Theoretical Basis of Nursing*. Philadelphie: Davis.
- Rogers, M. E. (1992). Nursing Science and the Space Age. *Nursing Science Quarterly*. <https://doi.org/10.1177/089431849200500108>
- Schweizer, V. (2010). Troubles de la déglutition de la personne âgée. Retrieved December 2, 2020, from Revue Médicale Suisse: éditions médecine & hygiène website: <https://www.revmed.ch/RMS/2010/RMS-265/Troubles-de-la-deglutition-de-la-personne-agee>
- Senez, C., & Martinet, M. (2015). *Rééducation des troubles de l'oralité et de la déglutition* (2nd ed.). Paris: De Boeck-Solal.
- Shune, S. E., & Linville, D. (2019). Understanding the dining experience of individuals with dysphagia living in care facilities: A grounded theory analysis. *International Journal of Nursing Studies*, 92, 144–153. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2019.01.017>
- Siksou, M. (2008). Georges Libman Engel (1913-1999): Le modèle biopsychosocial et la critique du réductionnisme biomédical. *Le Journal Des Psychologues*, 7(7), 52–55. <https://doi.org/10.3917/jdp.260.0052>
- Sura, L., Madhavan, A., Carnaby, G., & Crary, M. A. (2012). Dysphagia in the elderly: Management and nutritional considerations. *Clinical Interventions in Aging*, 7, 287–298. <https://doi.org/10.2147/CIA.S23404>
- Tapp, D., & Lavoie, M. (2013). La théorie de l'humaindevenant: de la théorie vers la pratique. *Prendre Soin: Savoirs, Pratiques et Perspectives*, pp.

291–302.

- Tétreault, S., Sorita, E., Ryan, A., & Ledoux, A. (2014). *Guide pour analyser les articles scientifiques et maximiser sa lecture - Guide francophone d'analyse systématique des articles scientifiques (GFASAS)*. Laval, Québec: (s.n.).
- Thompson, R. (2016). Identifying and managing dysphagia in the community. *Journal of Community Nursing*, 30(6), 42–47.
- Vaucher, M.-F., Chatelain, M.-C., Keller, S., Mangeat, C., Messerli, J., Panighini, C., ... Torres, A. (2015). *Planification Médico-Sociale pour les personnes âgées PMS - Projet, Accueil & Séjour*. Neuchâtel.
- Whitehead, M., & Dahlgren, G. (1991). What can we do about inequalities in health. *The Lancet*, 338(8774), 1059–1063.
- Wirth, R., Dziewas, R., Beck, A., Clavé, P., Hamdy, S., Heppner, H., ... D., V. (2016). Oropharyngeal dysphagia in older persons – from pathophysiology to adequate intervention: a review and summary of an international expert meeting. *Clin Interv Aging*, 11, 189–208. Retrieved from <https://doi.org/10.2147/CIA.S97481>
- Woisard-Bassols, V., & Puech, M. (2011). *La réhabilitation de la déglutition chez l'adulte, le point sur la prise en charge fonctionnelle* (2e éd.). Marseille: Solal.
- Wolf, D. C. (2000). *swallowing painful? Do you get chest pain? Does food get stuck when you swallow?* 430–433.
- Zanini, M., Bagnasco, A., Catania, G., Aleo, G., Sartini, M., Cristina, M. L., ... Sasso, L. (2017). A Dedicated Nutritional Care Program (NUTRICARE) to reduce malnutrition in institutionalised dysphagic older people: A quasi-experimental study. *Journal of Clinical Nursing*, 26(23–24), 4446–4455. <https://doi.org/10.1111/jocn.13774>

## **Chapitre 8 : Annexes**

## Appendice A

### Méthodologie de recherche et sélection des articles

Tableau 3

*Méthodologie de recherche*

Équation de recherche	Articles trouvés	Filtres	Articles retenus	Impact factor	Niveau de preuve
<b>Medline</b>					
Dysphagia <b>AND</b> Quality of life <b>AND</b> Home	77	1. Filtre 10 ans (2011-2021) = 29 articles retirés. 2. Lecture des titres : 39 articles retirés. 3. Lecture des résumés : 6 articles retirés. 4. Lecture de l'article en entier : 1 article retiré.	1. Huppertz, V. A. L., Halfens, R. J. G., van Helvoort, A., de Groot, L. C. P. G. M., Baijens, L. W. J., & Schols, J. M. G. A. (2018). Association Between Oropharyngeal Dysphagia and Malnutrition in Dutch Nursing Home Residents: Results of the National Prevalence Measurement of Quality of Care. <i>Journal of Nutrition, Health and Aging</i> , 22(10), 1246–1252. <a href="https://doi.org/10.1007/s12603-018-1103-8">https://doi.org/10.1007/s12603-018-1103-8</a>	1,972	Étude quantitative transversale 6
			2. Gilmore-Bykovskyi, A. L., & Rogus-Pulia, N. (2018). Temporal Associations between Caregiving Approach, Behavioral Symptoms and Observable Indicators of Aspiration in	2,791	Étude quantitative 6

			Nursing Home Residents with Dementia. <i>Journal of Nutrition, Health and Aging</i> , 22(3), 400–406. <a href="https://doi.org/10.1007/s12603-017-0943-y">https://doi.org/10.1007/s12603-017-0943-y</a>		
Deglutition disorders <b>AND</b> Quality of life <b>AND</b> Nursing	109	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Filtre 10 ans (2011-2021) = 35 articles retirés.</li> <li>2. Lecture des titres = 70 articles retirés.</li> <li>3. Lecture des résumés = 4 articles retirés.</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Shune, S. E., &amp; Linville, D. (2019). Understanding the dining experience of individuals with dysphagia living in care facilities: A grounded theory analysis. <i>International Journal of Nursing Studies</i>, 92, 144–153. <a href="https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2019.01.017">https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2019.01.017</a></li> </ol>	3,783	Étude qualitative 6
<b>Pubmed</b>					
Aged <b>AND</b> Nursing home <b>AND</b> deglutition disorders <b>AND</b> home	156	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Filtre 10 ans (2011-2021) = 72 articles retirés.</li> <li>2. Lecture des titres = 68 articles retirés.</li> <li>3. Lecture des résumés = 13 articles retirés.</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Chen, L. L., Li, H., Lin, R., Zheng, J. H., Wei, Y. P., Li, J., ... Chen, H. Y. (2016). Effects of a feeding intervention in patients with Alzheimer's disease and dysphagia. <i>Journal of Clinical Nursing</i>, 25(5–6), 699–707. <a href="https://doi.org/10.1111/jocn.13013">https://doi.org/10.1111/jocn.13013</a></li> </ol>	1,972	Étude de cohorte prospective 6
			<ol style="list-style-type: none"> <li>2. Lea, E. J., Goldberg, L. R., Price, A. D., Tierney, L. T., &amp; McInerney, F. (2017). Staff awareness of food and fluid care needs for older people with dementia in residential care: A qualitative study. <i>Journal of Clinical Nursing</i>, 26(23–24), 5169–5178. <a href="https://doi.org/10.1111/jocn.14066">https://doi.org/10.1111/jocn.14066</a></li> </ol>	1,972	Étude qualitative 6

			3. Jukic Peladic, N., Orlandoni, P., Dell'Aquila, G., Carrieri, B., Eusebi, P., Landi, F., ... Cherubini, A. (2019). Dysphagia in Nursing Home Residents: Management and Outcomes. <i>Journal of the American Medical Directors Association</i> , 20(2), 147–151. <a href="https://doi.org/10.1016/j.jamda.2018.07.023">https://doi.org/10.1016/j.jamda.2018.07.023</a>	4,367	Étude observationnelle prospective 6
Aged <b>AND</b> Nursing care <b>AND</b> Deglutition disorders <b>AND</b> Home <b>AND</b> Life quality	19	1. Filtre 10 ans (2011-2021) = 6 articles retirés. 2. Lecture des titres = 7 articles retirés. 3. Lecture résumés = 6 articles retirés.	1. Burger, C., Kiesswetter, E., Alber, R., Pfannes, U., Arens-Azevedo, U., & Volkert, D. (2019). Texture modified diet in German nursing homes: Availability, best practices and association with nursing home characteristics. <i>BMC Geriatrics</i> , 19(1), 1–11. <a href="https://doi.org/10.1186/s12877-019-1286-9">https://doi.org/10.1186/s12877-019-1286-9</a>	3,077	Étude quantitative transversale 6
Nursing home <b>AND</b> Deglutition disorders <b>AND</b> Elderly	240	1. Filtre 10 ans (2011-2021) = 116 articles retirés. 2. Lecture des titres = 108 articles retirés. 3. Lecture des résumés = 5 articles retirés.	1. Okkels, S. L., Saxosen, M., Bügel, S., Olsen, A., Klausen, T. W., & Beck, A. M. (2018). Acceptance of texture-modified in-between-meals among old adults with dysphagia. <i>Clinical Nutrition ESPEN</i> , 25, 126–132. <a href="https://doi.org/10.1016/j.clnesp.2018.03.119">https://doi.org/10.1016/j.clnesp.2018.03.119</a>	6,360	Étude quantitative 6

<p>Elderly <b>AND</b> Dysphagia <b>AND</b> Quality of life <b>AND</b> Nursing home</p>	41	<p>1. Filtre 10 ans (2011-2021) = 20 articles retirés. 2. Lecture des titres = 17 articles retirés. 3. Lecture des résumés = 2 articles retirés.</p>	<p>1. Zanini, M., Bagnasco, A., Catania, G., Aleo, G., Sartini, M., Cristina, M. L., ... Sasso, L. (2017). A Dedicated Nutritional Care Program (NUTRICARE) to reduce malnutrition in institutionalised dysphagic older people: A quasi-experimental study. <i>Journal of Clinical Nursing</i>, 26(23–24), 4446–4455. <a href="https://doi.org/10.1111/jocn.13774">https://doi.org/10.1111/jocn.13774</a></p>	1,972	Étude qualitative 6
			<p>2. Hägglund, P., Hägg, M., Wester, P., &amp; Levring Jäghagen, E. (2019). Effects of oral neuromuscular training on swallowing dysfunction among older people in intermediate care - A cluster randomised, controlled trial. <i>Age and Ageing</i>, 48(4), 533–540. <a href="https://doi.org/10.1093/ageing/afz042">https://doi.org/10.1093/ageing/afz042</a></p>	4,902	Essai contrôlé randomisé 2



Tableau 4

*Autres exemples d'équations*

Équations de recherche	Résultats	Articles retenus
<b>Medline</b>		
Home AND dysphagia AND life quality	0 résultats	-
Deglutition disorders AND life quality AND nursing home	34 résultats	0 retenus
Deglutition disorders AND quality of life AND home	52 résultats	0 retenus
Deglutition disorders AND nursing care AND quality of life AND home nursing	0 résultats	-
Deglutition disorders AND nursing care AND home	13 résultats	0 retenus
<b>Psychinfo</b>		
Dysphagia AND nursing homes AND quality of life	101 résultats	0 retenus
Dysphagia AND quality of life AND nursing care AND nursing home	17 résultats	0 retenus
<b>Pubmed</b>		
Elderly AND Dysphagia AND quality of life AND nursing care	115	0 retenus
Aged AND Dysphagia AND quality of life AND nursing care	112	0 retenus
Aging AND dysphagia AND quality of life	107	0 retenus
Elderly AND dysphagia AND quality of life	1,355	0 retenus

Elderly AND dysphagia AND nursing care AND nursing home	324	0 retenus
Elderly AND dysphagia OR esophageal dysphagia OR orohygeal dysphagia AND quality of life AND nursing home	46	0 retenus
Elderly AND dysphagia OR esophageal dysphagia OR orohygeal dysphagia AND nursing care AND quality of life AND nursing home	46	0 retenus
<b>Cochrane</b>		
Aged AND deglutition disorders AND nursing home And nursing care	8	0 retenus
Nursing care AND Aged AND Nursing homes AND deglutition disorders	14	0 retenus

## Appendice B

### Grille de Tétreault – Article 1

#### 1. Parties communes à tous les articles

##### 1.1. Identification de l'article et du résumé

1. Titre	
Titre (noter le titre)	"Association between oropharyngeal dysphagia and malnutrition in dutch nursing: home residents results of the national prevalence measurement of quality of care"
Thèmes abordés	Association entre la dysphagie oropharyngée (DO) et la malnutrition chez les résidents des maisons de retraite néerlandaises: résultats de la mesure de la prévalence nationale e la qualité des soins
Le titre réfère-t-il à une population précise ou à une question pertinente, si oui, laquelle ou lesquelles	Personnes vivants en maison de retraite néerlandaises, atteinte de dysphagie et par conséquent de malnutrition. Ces multi-morbidités entraînent souvent une baisse de la qualité de vie ou de la mortalité
2. Auteurs	
Auteurs (noter les auteurs)	V.A.L. HUPPERTZ, R.J.G. HALFENS, A. VAN HELVOORT, L.C.P.G.M. DE GROOT, L.W.J. BAIJENS, J.M.G.A. SCHOLS

Préciser leur rattachement, institution, lieu de travail, pays	<ul style="list-style-type: none"> <li>- V.A.L. Huppertz : Université de Maastricht, Nutrition and Translational Research in Metabolism (School NUTRIM), Dept. Pulmonology, Pays-Bas</li> <li>- R.J.G Halfens : Université de Maastricht, Care and Public Health Research Institute (School CAPHRI), Dept. Health Services Research, Pays-Bas</li> <li>- A. Van Helvoort : Université de Maastricht, Nutrition and Translational Research in Metabolism (School NUTRIM), Dept. Pulmonology, Pays-Bas ; Danone Nutricia Research, Nutricia Advanced Medical Nutrition, Pays-Bas ;</li> <li>- L. C. P. G. M. De Groot : Université et centre de recherche de Wageningen, Division de la nutrition humaine et de la santé, Pays-Bas</li> <li>- L. W. J. Baijens : Centre médical de l'Université de Maastricht, Département d'oto-rhino-laryngologie, Chirurgie de la tête et du cou, Pays-Bas ; Centre médical de l'Université de Maastricht, École d'oncologie et de biologie du développement - GROW, Pays-Bas</li> <li>- J. M : G. A. Schols : Université de Maastricht, Care and Public Health Research Institute (School CAPHRI), Dept. Health Services Research, Pays-Bas</li> </ul>
<b>3. Mots clés</b>	
Mots clés (noter les mots clés)	Dysphagie oropharyngée, malnutrition, maisons de soins infirmiers
<b>4. Résumé</b>	

<p>Décrire brièvement les objectifs, la méthodologie, les résultats</p>	<p>Objectif : Cette étude vise à évaluer l'association entre la DO et la malnutrition chez les résidents des maisons de retraite néerlandaises</p> <p>Méthodologie : les données ont été obtenues à partir de la mesure annuelle de la prévalence nationale de la qualité de soins dans les maisons de retraite aux Pays-Bas. Les mesures ont été prises par des infirmières formées :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Mesures anthropométriques et la perte de poids involontaire ont été évaluées pour déterminer l'état nutritionnel (malnutrition).</li> <li>- La DO a été évaluée au moyen d'un questionnaire standardisé évaluant les symptômes cliniquement pertinents (problèmes de déglutition ou les éternuements/toux pendant la déglutition).</li> <li>- Une régression de Cox a été appliquée pour évaluer l'association entre la malnutrition et les symptômes cliniquement pertinents de la DO.</li> </ul> <p>Résultats :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Environ 12% des résidents souffraient de problèmes de déglutition</li> <li>- 7% éternuaient ou toussaient en avalant des liquides ou des aliments solides</li> <li>- 10% des résidents souffraient de malnutrition</li> <li>- 17% des personnes ayant des problèmes de déglutition souffraient simultanément de malnutrition</li> </ul> <p>Conclusion : Les symptômes cliniquement pertinents de DO, tels que les problèmes de déglutition et les éternuements/toux pendant la déglutition, sont associés à un risque accru de malnutrition chez les résidents des maisons de soins infirmiers néerlandaises psycho gériatriques et somatiques.</p>
---	--

## 1.2. Introduction

1. Pertinence	
<p>Est-ce que la justification de l'étude repose sur des constats théoriques, des observations, des faits ou des données statistiques ?</p>	<p>Les auteurs s'appuient sur des constats théoriques de la littérature. La DO et la malnutrition sont des affections qui entraînent une baisse de la qualité de vie et qui exposent les personnes à un risque élevé de comorbidités et de mortalité. La DO est considérée comme un nouveau syndrome gériatrique et survient fréquemment chez les résidents de maisons de retraite. En outre, il a été démontré que les changements liés au vieillissement des fonctions motrices ou sensorielles et de la force musculaire de la cavité buccale affectent la capacité de déglutition et l'état nutritionnel</p>
2. Originalité	

Comment l'auteur explique-t-il l'originalité de la démarche ?	Les auteurs constatent le manque d'un outil de diagnostic de la dysphagie qui soit universel, d'une définition aussi universelle, et de la diversité des mesures et des outils déterminants l'état nutritionnel de la population âgée. Pour cette raison dans la littérature on y retrouve un large éventail de prévalence de la malnutrition chez les résidents des maisons de retraite. Dans l'ensemble, les taux de prévalence trouvés pour le DO et la malnutrition ne sont pas concluants et certaines données indiquent que la mortalité est encore plus élevée en cas de coexistence du DO et de la malnutrition. <b>Cependant, l'association entre la DO et la malnutrition chez les résidents des maisons de retraite est encore peu étudiée, et la littérature spécifique à chaque service fait défaut.</b>
<b>3. Plan de l'article</b>	
Le plan est-il précis, logique et détaillé ? Les étapes à venir sont-elles bien précisées ?	Les données ont été obtenues auprès des résidents des maisons de soins infirmiers néerlandaises qui ont participé aux cycles de mesure annuels transversaux de la mesure de la prévalence nationale de la qualité des soins (LPZ) de 2016 ou 2017. La population étudiée comprenait les résidents de 65 ans ou plus, vivant dans les services somatiques et psycho gériatriques des maisons de soins infirmiers des Pays-Bas.  <b>Les étapes à venir ne sont pas précisées car les auteurs nous renvoient à une autre étude qui détaille les informations sur le plan d'étude de la qualité de soins sont disponibles dans l'étude de van Nie-Visser et al. (2013) (31).</b>
Quels sont les objectifs, les questions de recherche ?	Cette étude transversale vise à définir les associations entre la DO et la prévalence de la malnutrition chez les résidents de maisons de retraite néerlandaises des services de psychogériatrie et de somatique

### 1.3. Recension des écrits scientifiques ou présentation des concepts théoriques

<b>1. Modèle théorique</b>	
Un modèle théorique, cadre conceptuel ou explication sont-ils proposés ? Si oui, lesquels ?	Non, les auteurs ne proposent pas de modèle théorique ou cadre conceptuel.

Comment le modèle théorique, cadre conceptuel est-il justifié ?	/
<b>2. Limites des écrits</b>	
Préciser les limites ou contraintes provenant d'autres auteurs	Les auteurs mettent en évidence la discordance des résultats de littérature dans l'association de la DO et de la prévalence de la malnutrition en raison d'un manque d'un étalon-or ou de définition universelle

## 2. Article portant sur une étude quantitative

### 2.1. Méthodologie

<b>1. Question de recherche</b>	
Quelles sont les variables importantes ?	Malnutrition ; Problème de déglutition ; Éternuement/toux
Les variables importantes sont-elles bien définies ?	Les variables sont bien définies et présentées dans les tableaux
Quels sont les questions ou les objectifs de recherche ?	Les auteurs ne formulent pas de manière explicite des questions de recherche.

Des précisions sont-elles données sur la variable indépendante, dépendante ? Lesquelles sont-elles ?	Variables indépendantes : <ul style="list-style-type: none"> <li>- Problème de déglutition</li> <li>- Éternuement/toux</li> </ul> Variable dépendante : malnutrition
Quelles sont les hypothèses de recherche ?	Les auteurs ne formulent pas d'hypothèses de recherche
<b>2. Devis</b>	
Quel est le devis de l'étude ?	Il s'agit d'une étude transversale
Le devis est-il bien détaillé	Le devis n'est pas bien détaillé. Les auteurs expliquent que l'étude transversale vise à définir le taux de prévalence de la malnutrition chez les personnes résidents des maisons de retraite ayant des problèmes de déglutition ou des éternuements/toux en avalant, sur une période de 2 ans (2016 et 2017).
De quelle façon les règles éthiques sont-elles respectées ?	La mesure de la prévalence nationale de la qualité des soins a été approuvée par le comité d'éthique médicale de l'université de Maastricht et de l'hôpital académique de Maastricht (Maastricht UMC+, Pays-Bas). La participation était volontaire et aucun des résidents, infirmières, maisons de retraite ou établissements de soins participants n'a reçu de compensation financière.  A. van Helvoort est employé par Danone Nutricia Research. Aucun autre conflit d'intérêts n'a été déclaré par les auteurs. Nous confirmons également que tout aspect du travail couvert par ce manuscrit qui a impliqué des patients humains a été mené avec l'approbation éthique de tous les organismes concernés et que ces approbations sont reconnues dans le manuscrit.



Précision du type de devis ou de la procédure expérimentale	/
Quelles explications sont fournies pour la collecte d'informations ?	Les données sur les caractéristiques des résidents (âge, sexe, dépendance aux soins et morbidité des résidents) et les mesures des résultats primaires (état nutritionnel, symptômes cliniquement pertinents de DO et interventions nutritionnelles) ont été recueillies à une date de mesure préétablie. Des infirmières formées provenant de différents services de la maison de retraite ont recueilli les données et les ont saisies et soumises par voie électronique
<b>3. Sélection des participants ou objets d'étude</b>	
Quelle est la population visée ? est-elle bien définie ?	L'échantillon concerne les personnes âgées de 65 ans ou plus, vivants dans les maisons de retraite néerlandaises et admis dans des services de psychogériatrie ou somatique.
Comment se réalise la sélection des participants ?	Les auteurs ne détaillent pas cette étape.
Des critères d'inclusion, d'exclusion de l'échantillon sont-ils présentés quels sont-ils ?	<p>Critères d'inclusions : âgée de 65 ans ou plus, vivant dans les maisons de retraite.</p> <p>Les données des résidents ayant reçu des soins palliatifs le jour des mesures ont été exclues.</p> <p>Les données des résidents ayant des valeurs manquantes pour les résultats primaires ou des valeurs aberrantes (résidents ayant un indice de masse corporelle (IMC) &gt;70 kg/m<sup>2</sup> ou une taille corporelle &lt; 108 cm) ont été éliminées. Parmi les résidents ayant participé aux deux cycles de mesure, 2016 et 2017, seules les données de 2017 ont été incluses.</p>

Est-ce qu'il y a une répartition des participants en groupe ? (témoin ou contrôle) comment cette répartition se réalise-t-elle ?	<p>Les participants ont été séparés en 2 groupes dans la mesure des résultats :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Ceux résidents dans les services psychogériatriques</li> <li>- Ceux résidents dans les services somatiques</li> </ul> <p>Les auteurs ont par la suite séparé encore les groupes entre :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Ceux ayant des problèmes de déglutition</li> <li>- Ceux qui éternuent/toussent en avalant</li> </ul>
Précision de la procédure pour faire le choix des participants	/
Précisions sur la justification de la taille de l'échantillon	L'échantillon total est de 6349, aucune justification est donnée par les auteurs.
<b>4. Choix des outils de collecte d'information</b>	

<p>Les instruments de mesure sont-ils décrits de manière précise ? Quels sont-ils ?</p>	<p>Les auteurs mesurent :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- La dépendance aux soins par l'échelle Care Dependency Scale (CDS) qui se compose de 15 éléments chacun étant évalué sur une échelle de Likert à cinq points. Un CDS réduit indique une plus grande dépendance aux soins du résident (1=très dépendant, 5=presque indépendant)</li> <li>- La DO par des questions comprises dans le questionnaire sur la qualité des soins par moyen de deux questions : sur les symptômes cliniquement pertinents de la DO. Les questions posées étaient les suivantes : "Le client a -t-il des problèmes de déglutition ?" (Problèmes de déglutition : 0 = non, 1 = oui) et "Le client éternue-t-il ou tousse-t-il en avalant des aliments ou des liquides ?" (Éternuement /toux pendant la déglutition : 0 = non, 1 = oui).</li> <li>- L'état nutritionnel et la malnutrition indiquée sur la base de la définition opérationnelle de la malnutrition chez les personnes âgées de la Société européenne de nutrition clinique et de métabolisme (ESPEN). Des données sur les mesures anthropométriques, poids et taille, ont été recueillies pour déterminer l'indice de masse corporelle (IMC) de chaque résident. Les résidents étaient considérés comme malnutris avec un IMC inférieur à 18,5 kg/m<sup>2</sup>, ou avec un IMC réduit (un IMC inférieur à 20 kg/m<sup>2</sup> chez les résidents âgés de 65 à 70 ans ou un IMC inférieur à 22 kg/m<sup>2</sup> chez les résidents âgés de 70 ans ou plus) en combinaison avec une perte de poids récente non intentionnelle (&gt;5% au cours des 3 derniers mois ou &gt;10% indéfiniment).</li> <li>- Les interventions infirmières sur l'alimentation étaient décrites. Pour les résidents présentant des symptômes de DO, des questions supplémentaires sur les repas et la consistance des boissons et l'orientation vers un orthophoniste ont été intégrées : "Le client reçoit-il des repas en purée ou des boissons épaissies en raison de problèmes de déglutition ?" (0 = non, 1 = oui) et "Le client est-il supervisé par un logopédiste en raison de problèmes de déglutition ?" (0 = non, 1 = oui).</li> </ul>
<p>Comment se réalise concrètement la collecte des données ? Quelle est la fréquence de passation des outils ?</p>	<p>La collecte des données se réaliserait par des infirmières formées, étant directement sur le terrain, qui ont transmis les questionnaires remplis aux auteurs.</p>

Des précisions sur la passation et la cotation des outils sont-elles données ? quelles sont-elles ?	Non, les auteurs ne reportent pas de précisions.
Des précisions sont-elles données sur la variable indépendante, dépendante ? Lesquelles sont-elles ?	Les auteurs ne reportent pas de précisions.
<b>5. Intervention ou programme (si applicable)</b>	
Quelles sont les interventions et comment sont-elles décrites ?	Les interventions nutritionnelles décrites par les infirmières comprenaient, par exemple, des compléments alimentaires et des collations enrichies, mais aussi des ajustements de la consistance des aliments et de l'ambiance des repas ou l'orientation vers un diététicien
Comment l'intervention est-elle appliquée ?	Les auteurs n'expliquent pas comment l'intervention est appliqué.
<b>6. Méthode d'analyse des données</b>	

Quels sont les méthodes et les types d'analyses statistiques proposées (tests, ...)	<ul style="list-style-type: none"> <li>- L'analyse statistique a été effectuée dans IBM SPSS statistics 24 (IBM SPSS Statistics, IBM Corporation, Chicago, IL).</li> <li>- La normalité des données a été déterminée à l'aide de diagrammes QQ</li> <li>- Avant l'analyse, les données numériques sur l'IMC et la perte de poids ont été recodées en une variable dichotomique sur la malnutrition basée sur la définition ESPEN de la malnutrition</li> <li>- Des tests T sur échantillon indépendant et des tests de Chi-carré ont été réalisés pour vérifier les différences entre les groupes</li> <li>- Pour évaluer l'association entre la DO et la malnutrition, les rapports de prévalence (RP) bruts et ajustés ont été soustraits de la régression de Cox afin d'éviter les associations surestimées par la régression logistique</li> <li>- Les facteurs de confusion dans l'analyse multivariée étaient basés sur la littérature et la modélisation de régression par étapes vers l'avant</li> <li>- Le facteur "cycle de mesure" a été ajouté au modèle pour contrôler la modification de l'effet. Les valeurs P inférieures à 0,05 ont été considérées comme statistiquement significatives.</li> </ul>
Les méthodes d'analyses sont-elles justifiées ? Si oui, de quelle manière ?	Oui, ces justifications sont reportés ci-dessus.

## 2.2. Résultats

1. Description de l'échantillon	
Quelles sont les caractéristiques principales de l'échantillon ?	La population étudiée se composait de 6349 résidents âgés de maisons de retraite néerlandaises. Près des deux tiers (66,0 %) étaient des résidents des services de psychogériatrie et les autres résidents (34,0 %) étaient admis dans des services somatiques. La majorité était de sexe féminin (70,2 %) avec un âge moyen de 84,5 ans (écart-type 7,5), un IMC moyen de 24,8 kg/m <sup>2</sup> (écart-type 4,8) et un CDS moyen de 42,4 (écart-type 16,6). Le CDS moyen était significativement plus élevé chez les résidents somatiques que chez les résidents psycho gériatriques ( $p < 0,001$ ).
Des précisions sont-elles données sur les participants, si oui, lesquelles	Oui, elles sont présentées ci-dessus.

Des précisions sont-elles données sur la période de collecte de données, lesquelles ?	La collecte de données s'est étendue sur 2 ans (2016 et 2017).
<b>2. Description des résultats</b>	
Quels sont les résultats statistiquement significatifs (p.ex. $p < 0.05$ ) ?	<ul style="list-style-type: none"> <li>- La prévalence des résidents ayant des problèmes de déglutition était plus élevée (<math>p=0,017</math>) en 2016 (13,0%) par rapport à la prévalence des résidents ayant des problèmes de déglutition en 2017 (11,1%).</li> <li>- Le CDS moyen était significativement plus élevé chez les résidents somatiques que chez les résidents psycho gériatriques (<math>p &lt; 0,001</math>)</li> <li>- La prévalence des résidents souffrant de problèmes de déglutition était plus élevée (<math>p=0,025</math>) dans les services de psychogériatrie (11,3 %) que dans les services somatiques (9,2 %), si on exclut les résidents ayant eux un AVC.</li> <li>- Un résident sur dix était malnutri (10,3 %) et la malnutrition était plus souvent (<math>p = 0,002</math>) observée chez les résidents psycho gériatriques (11,1 %) que chez les résidents somatiques (8,7 %).</li> <li>- Par rapport aux résidents non-malnutris (CDS moyen 43,0, SD 16,4), le CDS moyen était inférieur (<math>P &lt; 0,001</math>) chez les résidents malnutris (CDS moyen 36,8, SD 34).</li> <li>- Les résidents ayant des problèmes de déglutition souffraient significativement plus souvent de maladies du système nerveux (à l'exclusion de la paraplégie) (18,7 % contre 9,0 %, <math>p &lt; 0,001</math>), d'accidents vasculaires cérébraux (27,7 % contre 16,2 %, <math>p &lt; 0,001</math>) et de maladies de la peau et du tissu sous-cutané (10,9 % contre 7,9 %, <math>p = 0,004</math>) que les résidents n'ayant pas de problèmes de déglutition</li> <li>- Les résidents qui éternuaient ou toussaient en avalant étaient plus souvent atteints de maladies du système nerveux (à l'exception de la paraplégie) (19,1 % contre 9,5 %, <math>p &lt; 0,001</math>) et d'accidents vasculaires cérébraux (31,4 % contre 16,6 %, <math>p &lt; 0,001</math>) que les résidents qui n'éternuaient ou ne toussaient pas en avalant</li> </ul>

Quels sont les autres résultats importants ?	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Les résidents ayant des problèmes de déglutition étaient plus souvent mal nourris que les résidents sans problème de déglutition, près d'un avaleur problématique sur cinq étant mal nourri (17,2 %). Près de la moitié des personnes ayant des problèmes de déglutition ont indiqué avoir éternué ou toussé pendant qu'elles avalaient (46,9%). Presque tous les résidents qui ont indiqué éternuer/tousser en avalant avaient des problèmes généraux de déglutition (82,2 %).</li> <li>- Le CDS moyen était plus bas (<math>p &lt; 0,001</math>), ce qui signifie une plus grande dépendance aux soins, chez les résidents ayant des problèmes de déglutition (CDS moyen 30,0, SD 14,4) ou chez les résidents qui éternuaient ou toussaient en avalant (CDS moyen 30,3, SD 14,6) par rapport aux résidents ne présentant pas ces symptômes de DO (respectivement CDS moyen 44,1, SD 16,2 et CDS moyen 43,3, SD 16,4).</li> <li>- Parmi les résidents souffrant de malnutrition, environ un sur cinq souffrait de problèmes de déglutition (20,2%) et un sur dix éternuait/touchait en avalant des aliments ou des boissons liquides (10,2%).</li> <li>- Les résidents souffrant de malnutrition et présentant des symptômes cliniquement pertinents de DO ont pour la plupart été orientés vers un diététicien (57,7 %), ou ont reçu des régimes enrichis en énergie (E+) et en protéines (P+) (29,2 %) et/ou des collations (48,5 %).</li> <li>- 74,6% des résidents qui souffraient de problèmes de déglutition et 79,2% des résidents qui éternuaient ou toussaient en déglutissant ont été orientés vers un logopédiste.</li> <li>- L'analyse univariée a montré un risque accru de malnutrition chez les résidents des maisons de retraite souffrant de problèmes de déglutition (PR 1,8, 95%CI 1,5-2,2) et chez les résidents qui éternuaient ou toussaient en avalant (PR 1,5, 95%CI 1,2-2,0).</li> <li>- S'élevait à 1,9 (PR 1,9, 95%CI 1,5-2,4) et 1,7 (PR 1,7, 95%CI 1,2-2,4) chez les résidents souffrant de problèmes de déglutition dans les services psycho gériatriques et somatiques respectivement.</li> <li>- Les résidents des services psycho gériatriques et ceux qui éternuaient ou toussaient en avalant présentaient également un risque accru de malnutrition (PR 1,7, 95%CI 1,3-2,3).</li> </ul>
--	---

### 2.3. Discussion

1. Résumé des résultats	
Un résumé des résultats est-il présenté ? Si oui, que contient-il ?	<p>Cette étude de prévalence transversale a montré les chiffres de prévalence de la DO et de la malnutrition chez les résidents âgés des maisons de retraite néerlandaises et a révélé des associations significatives entre la DO et la malnutrition chez ces résidents. Même en l'absence de méthodes d'évaluation visuo-perceptive instrumentale, des taux de prévalence de la DO allant jusqu'à 20,2 % ont été constatés dans l'étude actuelle chez les résidents malnutris.</p>

Comment la recherche répond-elle à l'objectif visé ou à l'hypothèse de départ ?	La recherche ne répond pas de manière claire à l'hypothèse de départ car des moyens de mesure différents utilisés dans la littérature auraient pu provoquer des variations importantes de ces résultats.
<b>2. Liens avec les autres auteurs</b>	
Comment les résultats se rattachent-ils à d'autres études (similitudes, différences,...)	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Le résultat de la présente étude est en accord avec les résultats d'une étude similaire de Poisson et al. (2016) chez les personnes âgées hospitalisées. Près de 20,8 % des patients présentant un IMC réduit souffraient de DO. Dans cette population, la prévalence de la DO était encore plus élevée lorsque l'état nutritionnel était évalué par le Mini Nutritional Assessment (MNA) (82,1 %) ou s'il était basé sur le taux d'albumine sérique (70,8 %). En outre, Poisson et al. (2016) ont montré que les patients atteints de DO avaient un apport alimentaire significativement plus faible que les patients sans DO. La prévalence de la malnutrition dans cette population d'étude est également relativement faible par rapport aux taux de prévalence de la malnutrition dans la littérature.</li> <li>- Les études précédentes ont été réalisées dans des contextes cliniques différents, ont appliqué des définitions déviantes de la malnutrition qui incluaient également des sujets à risque de malnutrition (42) ou ont utilisé des méthodes qui ont tendance à sur - diagnostiquer la malnutrition dans cette population âgée.</li> <li>- Il est intéressant de noter que Poisson et al. (2016) ont également trouvé une association entre la malnutrition et la dépendance aux soins oraux. Des résultats similaires ont été trouvés dans l'étude actuelle, où des scores moyens de dépendance aux soins (CDS) plus faibles, signifiant une dépendance aux soins plus élevée, ont été trouvés chez les résidents souffrant de DO et chez les résidents malnutris.</li> <li>- Selon Foley et al., les risques de malnutrition étaient plus que doublés (OR 2,425, 95%CI 1,264-4,649) chez les résidents dysphagiques ayant subi un AVC. Des résultats similaires ont également été trouvés dans la présente étude ; les résidents des services somatiques présentaient un risque de malnutrition presque doublé (RP 1,9, 95%CI 1,3-2,8) en raison de problèmes de déglutition.</li> <li>- Une étude antérieure menée auprès de résidents âgés de maisons de retraite finlandaises a révélé des risques de malnutrition multipliés par deux et trois en raison de la démence (OR 2,0, 95%CI 1,5-2,9) et de problèmes de déglutition (OR 3,0, 95%CI 2,1-4,4)</li> </ul>
<b>3. Recommandations ou suggestions</b>	



Quelles recommandations ou étapes futures sont-elles proposées ? Pour la pratique ? Pour la recherche ?	Des recherches futures sont nécessaires pour améliorer la compréhension et la sensibilisation des résidents concernés et des disciplines de soins de santé impliquées afin d'optimiser les soins, adaptés aux besoins des résidents psycho gériatriques et somatiques souffrant de DO et de malnutrition dans les maisons de soins néerlandaises.
Comment les suggestions-recommandations peuvent-elles s'appliquer dans la pratique clinique ?	Les auteurs souhaitent un model de diagntic universel utilisé par tous de manière standard afin d'éviter des grandes discordances.
<b>4. Limites de la présente étude</b>	
Quelles sont les limites/biais de l'étude ?	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Dans l'étude actuelle, la méthode de diagnostic de la DO était de nature clinique observationnelle alors que dans les études précédentes, des méthodes d'évaluation visuo-perceptive instrumentale ont été appliquées, qui sont plus susceptibles d'identifier et d'interpréter physiologiquement les cas de DO. En outre, les cas de DO pourraient avoir été sous-déclarés en raison du manque de connaissances des infirmières sur la façon de juger ou d'interpréter le DO, ou du manque de conscience des résidents quant à leur DO. Ils pourraient supposer que les difficultés de déglutition sont des effets naturels du vieillissement.</li> <li>- Pour comparer les résultats de l'étude actuelle à ceux de la littérature, il faut tenir compte de la différence entre les diverses méthodologies statistiques utilisées pour évaluer les associations. Les études précédentes étaient basées sur la régression logistique, une méthode couramment utilisée pour l'évaluation des associations, bien qu'elle soit connue pour surestimer les associations. Par conséquent, la régression alternative de Cox a été appliquée dans l'étude actuelle pour évaluer l'association entre la malnutrition et la DO.</li> <li>- Dans la présente étude, les infirmières ont signalé des symptômes ou des plaintes de dysphagie observés cliniquement. Une autre méthode d'évaluation de la déglutition aurait pu produire des résultats différents, bien que les évaluations instrumentales de la déglutition, telles que la vidéofluoroscopie, ne soient pas disponibles dans les maisons de soins néerlandaises et que l'évaluation endoscopique de la déglutition par fibroscope ne soit pas possible sur des échantillons de résidents de maisons de soins vulnérables d'une telle taille.</li> </ul>

## 2.4. Conclusions

1. Retour sur l'objectif, question, hypothèse	
De quelle manière la recherche a-t-elle répondu à l'objectif visé ?	Les symptômes cliniquement pertinents de DO, tels que les problèmes de déglutition et les éternuements/toux pendant la déglutition, sont associés à des risques accrus de malnutrition chez les résidents psycho gériatriques et somatiques des maisons de retraite néerlandaises.
2. Principaux résultats	
Quels sont les principaux résultats significatifs de la démarche ?	Aucune conclusion sur la causalité entre le DO et la malnutrition ne peut être tirée de la conception actuelle de l'étude transversale, mais la preuve évidente d'une association entre le DO et la malnutrition montre la nécessité de poursuivre les recherches sur cette question.

## 3. Références

- Tétreault, S., Sorita, E., Ryan, A., & Ledoux, A. (2013). *Guide francophone d'analyse systématique des articles scientifiques (GFASAS)*. Laval, Québec : (s.n.).
- Tétreault, S., Sorita, E., Ryan, A., & Ledoux, A. (2014). *Guide pour analyser les articles scientifiques et maximiser sa lecture - Guide francophone d'analyse systématique des articles scientifiques (GFASAS)*. Laval, Québec : (s.n.). Dans S. Tétreault & P. Guillez (Éds), *Guide pratique de recherche en réadaptation* (1<sup>re</sup> éd., p. 545). Louvain-la-Neuve, Belgique : De Boeck, Noto.
- Huppertz, V. A. L., Halfens, R. J. G., van Helvoort, A., de Groot, L. C. P. G. M., Baijens, L. W. J., & Schols, J. M. G. A. (2018). Association Between Oropharyngeal Dysphagia and Malnutrition in Dutch Nursing Home Residents: Results of the National Prevalence Measurement of Quality of Care. *Journal of Nutrition, Health and Aging*, 22(10), 1246–1252. <https://doi.org/10.1007/s12603-018-1103-8>

## Grille de Tétreault – Article 2

### 1. Parties communes à tous les articles

#### 1.1. Identification de l'article et du résumé

1. Titre	
Titre (noter le titre)	Texture modified diet in German nursing homes: availability, best practices and association with nursing home characteristics
Thèmes abordés	Régime alimentaire à texture modifiée dans les maisons de retraite allemandes : disponibilité, meilleures pratiques et association avec les caractéristiques des maisons de retraite.
Le titre réfère-t-il à une population précise ou à une question pertinente, si oui, laquelle ou lesquelles	Le titre réfère aux personnes vivants dans les maisons de retraite allemandes ayant des problèmes de déglutition
2. Auteurs	
Auteurs (noter les auteurs)	Carina Burger, Eva Kiesswetter, Rowena Alber, Ulrike Pfannes, Ulrike Arens-Azevedo and Dorothee Volkert
Préciser leur rattachement, institution, lieu de travail, pays	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Carina Burger, Eva Kiesswetter et Dorothee Volkert : Institut de biomédecine du vieillissement, Friedrich-Alexander-Universität Erlangen-Nürnberg, Kobergerstraße 60, 90408 Nuremberg, Allemagne</li> <li>- Rowena Alber, Ulrike Pfannes et Ulrike Arens-Azevedo: 2Faculté des sciences de la vie, Université des sciences appliquées de Hambourg, Hambourg, Allemagne.</li> </ul>
3. Mots clés	

Mots clés (noter les mots clés)	Maison de soins infirmiers, Régime alimentaire à texture modifiée, Problèmes de déglutition, Problèmes de mastication, Soins nutritionnels
<b>4. Résumé</b>	
Décrire brièvement les objectifs, la méthodologie, les résultats	<p>Pour les résidents des maisons de retraite qui ont des problèmes de déglutition ou de mastication, des régimes à texture modifiée (RTM) attrayants doivent être disponibles afin d'assurer une nutrition adéquate.</p> <p>Objectif : décrire la disponibilité des régimes à texture modifiée et les meilleures pratiques en matière, dans les maisons de retraite allemandes et d'identifier les caractéristiques des maisons de retraite qui y sont liées</p> <p>Méthode : Les informations sur les caractéristiques des établissements, les niveaux de texture modifiée (TM) ont été recueillies dans une enquête dans les établissements allemands. Le nombre de niveaux de TM ainsi que le nombre de meilleures pratiques pour les régimes à texture modifiée ont été testés pour leur association avec 4 caractéristiques structurelles, 16 caractéristiques opérationnelles et 3 caractéristiques liées aux résidents.</p> <p>Résultats : La grande majorité des NH (95,2 %) ont déclaré offrir une texture " hachée et humide " et 84,2 % préparaient séparément les composants visibles du repas. Toutes les maisons de retraite participantes offrent une certaine forme de régime à texture modifiée, mais seul un petit nombre offre une sélection de RTM et accorde une attention adéquate à sa préparation.</p>

## 1.2. Introduction

<b>1. Pertinence</b>	
Est-ce que la justification de l'étude repose sur des constats théoriques, des observations, des faits ou des données statistiques ?	<p>La justification de l'étude repose sur des constats théoriques et sur des données statistiques affirmant que la prévalence des problèmes de mastication augmente avec l'âge et est plus élevée chez les résidents des maisons de retraite que chez les personnes âgées vivant en communauté. La prévalence des problèmes de déglutition augmente avec l'âge et ces problèmes sont concomitants de plusieurs maladies liées à l'âge comme la démence, les accidents vasculaires cérébraux ou la maladie de Parkinson.</p> <p>Des taux de prévalence élevés de problèmes de déglutition (7-68%) et de mastication (11-57%) dans les maisons de retraite sont décrits dans une revue de 17 études, avec 54 à 6832 participants rapportant des problèmes nutritionnels chez les résidents des maisons de retraite.</p> <p>Une autre revue plus récente a rapporté des taux de prévalence pour les problèmes de déglutition allant de 7 à 40%, en considérant huit études avec 40 à 136 794 participants en soins de longue durée</p>
<b>2. Originalité</b>	

Comment l'auteur explique-t-il l'originalité de la démarche ?	Les auteurs expliquent l'originalité de la démarche en s'appuyant sur le fait que à l'heure actuelle, il n'est pas certain que les recommandations de la Société Allemande de nutrition concernant les régimes à texture modifiées soient connues et appliquées dans les établissements de santé allemands. Dans le cadre d'une enquête nationale sur la restauration et les soins nutritionnels dans les hôpitaux nationaux allemands, les auteurs ont donc examiné la disponibilité des régimes à texture modifiée et les meilleures pratiques en matière. Ils ont également voulu identifier les caractéristiques des établissements de santé liées à l'offre de soins en matière de régimes à texture modifiée.
<b>3. Plan de l'article</b>	
Le plan est-il précis, logique et détaillé ? Les étapes à venir sont-elles bien précisées ?	Les coordonnées requises de 10 589 EMS (97% de tous les Allemands) ont été fournies par l'institut scientifique d'une grande compagnie d'assurance maladie allemande (AOK, All- gemeine Ortskrankenkasse). Afin d'obtenir une participation égale dans toute l'Allemagne, cinq régions avec un nombre similaire de EMS ont été prédéfinies en fonction des états fédéraux. En mars 2014, un questionnaire écrit a été envoyé à la direction d'un échantillon aléatoire de 5000 EMS (1000 pour chaque région). Pour la participation, la coopération avec le chef du service de soins infirmiers et le responsable de la cuisine était recommandée. Le questionnaire pouvait être rempli en ligne ou renvoyé en version papier par courrier postal. Comme le taux de retour était inférieur à 5% après 4 semaines, tous les EMS adressés avec des informations email disponibles (4156 NH) ont reçu un rappel pour l'enquête. En outre, l'échantillon a été élargi par tous les EMS dans la liste AOK avec des informations e-mail disponibles qui n'ont pas été adressés auparavant (3172 EMS). Au total, 8172 EMS ont reçu une invitation à l'enquête.
Quels sont les objectifs, les questions de recherche ?	L'objectif de l'étude est de décrire la disponibilité des régimes à texture modifiée et les meilleures pratiques en matière, dans les maisons de retraite allemandes et d'identifier les caractéristiques des maisons de retraite qui y sont liées

### 1.3. Recension des écrits scientifiques ou présentation des concepts théoriques

<b>1. Modèle théorique</b>	
Un modèle théorique, cadre conceptuel ou explication sont-ils proposés ? Si oui, lesquels ?	Les auteurs ne proposent pas de modèle théorique.

Comment le modèle théorique, cadre conceptuel est-il justifié ?	/
<b>2. Limites des écrits</b>	
Préciser les limites ou contraintes provenant d'autres auteurs	/

## 2. Article portant sur une étude quantitative

### 2.1. Méthodologie

<b>1. Question de recherche</b>	
Quelles sont les variables importantes ?	<p>Les auteurs ne définissent pas les variables de manière explicite. On peut déduire que les variables sont :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Régime à texture modifiée</li> <li>- Meilleures pratiques en matière de régimes à texture modifiée</li> <li>- Caractéristiques structurelles des maisons de retraite (partenariat à but lucratif ou non ; lieu de production des repas chauds ; nombre de lits)</li> <li>- Caractéristiques opérationnelles des maisons de retraite (disponibilité de régimes spéciaux et forme ; disponibilité de recettes écrites ; calcul du valeur énergétique ; fréquence du dépistage de la malnutrition ; consultation diététicien ; évaluation de l'histoire nutritionnelle de la personne ; aspects d'assurance qualité ; collaboration de l'équipe interdisciplinaire )</li> <li>- Caractéristiques liées aux résidents des maisons de retraite (nb patient ayants des troubles de la déglutition ; de mastication ; nb des patients ayants des régimes à texture modifiée )</li> </ul>

Les variables importantes sont-elles bien définies ?	Les variables sont définies dans la description du questionnaire
Quels sont les questions ou les objectifs de recherche ?	Les auteurs définissent leurs objectifs tels que : <ul style="list-style-type: none"> <li>- Examiner la disponibilité des régimes à texture modifiée et les meilleures pratiques en matière de ces régimes dans les maisons de retraite</li> <li>- Identifier les caractéristiques des établissements de santé liées à l'offre de soins en matière de régimes à texture modifiée.</li> </ul>
Des précisions sont-elles données sur la variable indépendante, dépendante ? Lesquelles sont-elles ?	Les auteurs ne donnent pas de précisions sur les variables.
Quelles sont les hypothèses de recherche ?	Les auteurs n'explicitent pas des hypothèses.
<b>2. Devis</b>	
Quel est le devis de l'étude ?	Enquête transversale à l'échelle nationale
Le devis est-il bien détaillé ?	Les auteurs précisent que les données ont été fournies par une grande compagnie de caisse maladie. Ils détaillent les items principaux du questionnaire utilisé pour cette enquête transversale.

De quelle façon les règles éthiques sont-elles respectées ?	Le comité d'éthique de la Friedrich-Alexander-Universität Erlangen- Nürnberg a confirmé que l'étude est exempte d'examen pour approbation. Le consentement à la participation n'a pas été obtenu parce que la collecte de données était limitée à des informations au niveau institutionnel et qu'aucune donnée individuelle n'a été évaluée. Les auteurs déclarent qu'ils n'ont pas d'intérêts concurrents.
Précision du type de devis ou de la procédure expérimentale	/
Quelles explications sont fournies pour la collecte d'informations ?	La collecte de données a été effectuée par un questionnaire réalisé par les auteurs et a fait l'objet d'un test pilote dans dix établissements de santé. Le questionnaire final comprenait 48 questions dont la plupart des catégories de réponses étaient prédéfinies. <ul style="list-style-type: none"> <li>- Deux questions concernant les régimes à texture modifiée et 15 questions couvrant les caractéristiques structurelles, opérationnelles et liées aux résidents ont été utilisées.</li> <li>- Une sélection d'items a été effectuée pour quatre questions à choix multiple concernant les caractéristiques opérationnelles des logements sociaux avec un ensemble d'items complet, en choisissant les items les plus pertinents pour ce contexte. En outre, une question sur la connaissance des recommandations nationales en matière de nutrition dans les établissements de santé ("norme de qualité DGE" connue (oui/non) a été posée).</li> </ul>
<b>3. Sélection des participants ou objets d'étude</b>	
Quelle est la population visée ? est-elle bien définie ?	Les auteurs s'intéressent aux personnes vivants dans les maisons de retraite en Allemagne, ayant des problèmes de déglutition.
Comment se réalise la sélection des participants ?	Un questionnaire écrit a été envoyé à la direction d'un échantillon aléatoire de 5000 EMS (1000 pour chaque région). L'échantillon a été élargi par tous les EMS dans la liste AOK avec des informations e-mail disponibles



Des critères d'inclusion, d'exclusion de l'échantillon sont-ils présentés quels sont-ils ?	Les auteurs ne définissent pas des critères d'inclusion / exclusion de l'échantillon. Ils précisent que la collaboration avec le chef de service et le responsable cuisiner était recommandée. Dix questionnaires ont été exclus en raison de données manquantes sur les régimes à texture modifiée, et 17 questionnaires ont été exclus car plus de 15% des autres valeurs d'intérêt étaient manquantes
Est-ce qu'il y a une répartition des participants en groupe ? (témoin ou contrôle) comment cette répartition se réalise-t-elle ?	Les auteurs ont repartis les maisons de retraite en 3 groupes selon le nombre de lits : <ul style="list-style-type: none"> <li>- Petits (1-50 lits)</li> <li>- Moyens (51-100 lits)</li> <li>- Grands ( &gt; 100 lits)</li> </ul> Ils ont ensuite présenté les résultats pour l'ensemble de l'échantillon et pour les sous-groupes : <ul style="list-style-type: none"> <li>- Niveaux de régimes à texture modifiée disponible</li> <li>- Meilleure pratique en matière de régime à texture modifiée</li> </ul>
Précision de la procédure pour faire le choix des participants	La procédure est décrite dans le plan de l'article et dans la réalisation de la sélection des participants.
Précisions sur la justification de la taille de l'échantillon	L'échantillon de 563 maisons de retraite, correspond aux établissements ayant répondu correctement au questionnaire.
<b>4. Choix des outils de collecte d'information</b>	
Les instruments de mesure sont-ils décrits de manière précise ? Quels sont-ils ?	L'instrument de mesure utilisée est un questionnaire composé de questions à choix multiples et des questions fermées. Les auteurs ont précisé chaque critère.

Comment se réalise concrètement la collecte des données ? Quelle est la fréquence de passation des outils ?	Les auteurs ne reportent pas de précisions sur la fréquence.
Des précisions sur la passation et la cotation des outils sont-elles données ? quelles sont-elles ?	Les auteurs ne fournissent pas de précisions.
Des précisions sont-elles données sur la variable indépendante, dépendante ? Lesquelles sont-elles ?	Les auteurs ne fournissent pas de précisions.
<b>5. Intervention ou programme (si applicable)</b>	
Quelles sont les interventions et comment sont-elles décrites ?	Les auteurs ne reportent pas d'interventions car leur étude vise à décrire la disponibilité des régimes à texture modifiée dans les maisons de retraite et les meilleures pratiques en lien.
Comment l'intervention est-elle appliquée ?	/
<b>6. Méthode d'analyse des données</b>	

Quels sont les méthodes et les types d'analyses statistiques proposées (tests, ...)	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Les données sont présentées sous forme de fréquences relatives (régime à texture modifié, caractéristiques structurelles et opérationnelles des établissements) et de moyenne <math>\pm</math> écart-type, médiane, intervalle interquartile (IQR) (caractéristiques des établissements liés aux résidents).</li> <li>- Les différences entre les groupes ont été testées à l'aide de tests de Chi<sup>2</sup>.</li> <li>- Une analyse post-hoc a été effectuée avec des tests z et des corrections de Bonferroni pour préciser les différences.</li> <li>- Les tests de Kruskal-Wallis ont été utilisés pour identifier les différences dans les caractéristiques des EMS liées aux résidents en fonction du nombre de niveaux de régime à texture modifiée et du nombre de pratiques considérées comme exemplaires pour ce dernier.</li> </ul>
Les méthodes d'analyses sont-elles justifiées ? Si oui, de quelle manière ?	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Des comparaisons par paires avec des corrélations de Bonferroni ont été utilisées pour préciser les différences.</li> <li>- Les valeurs manquantes n'ont pas été incluses dans les tests statistiques.</li> <li>- La signification statistique a été fixée à une valeur <math>p &lt; 0,05</math>.</li> <li>- Les analyses statistiques ont été effectuées avec SPSS.</li> </ul>

## 2.2. Résultats

1. Description de l'échantillon	
Quelles sont les caractéristiques principales de l'échantillon ?	L'analyse a porté sur 563 EMS comptant de 10 à 390 ( $89,5 \pm 50,2$ , médiane 81) lits, dont 57,9 % étaient des institutions sans but lucratif. En outre, 27,9 % des établissements étaient situés dans la région du Sud de l'Allemagne, 16,5 % dans la région de l'Est, 19,7 % dans la région du Nord, 16,0 % dans la région de l'Allemagne centrale et 19,9 % dans la région de la Rhénanie-du-Nord-Westphalie
Des précisions sont-elles données sur les participants, si oui, lesquelles	Les précisions sont reportées dans les caractéristiques principales de l'échantillon.

Des précisions sont-elles données sur la période de collecte de données, lesquelles ?	Les auteurs ne donnent pas de précisions sur la période de collecte de données
<b>2. Description des résultats</b>	
Quels sont les résultats statistiquement significatifs (p.ex. $p < 0.05$ ) ?	<ul style="list-style-type: none"> <li>- La proportion des EMS proposant des "aliments lisses" augmentait avec le nombre de niveaux de RTM disponibles (<math>p &lt; 0,001</math>) ainsi qu'avec le nombre de meilleures pratiques pour les RTM (<math>p &lt; 0,001</math>)</li> <li>- Les établissements ayant trois niveaux de RTM disponibles ont considéré chacune des meilleures pratiques pour le RTM plus fréquemment (tous <math>p &lt; 0,02</math>) que les établissements n'ayant qu'un seul niveau de RTM</li> <li>- De plus, les établissements qui considèrent quatre pratiques exemplaires en matière de RTM offrent une texture molle (<math>p &lt; 0,001</math>) et une texture en purée (<math>p &lt; 0,001</math>) plus fréquemment que les établissements qui ne considèrent qu'une ou deux pratiques exemplaires en matière de RTM</li> <li>- La disponibilité des régimes spéciaux et des formes d'alimentation augmente avec le nombre de niveaux de RTM disponibles et les meilleures pratiques en matière de RTM (<math>p = 0,002</math>) (<math>p = 0,007</math>).</li> <li>- Tous les aspects concernant les soins nutritionnels ont été mis en œuvre par au moins deux tiers des EMS. Un service de conseil diététique était plus fréquemment offert dans les EMS préparant trois par rapport aux EMS préparant un ou deux niveaux de RTM (<math>p &lt; 0.001</math>).</li> <li>- Environ 42% des EMS ont travaillé avec un diététicien</li> <li>- Aucune différence n'a été observée concernant le dépistage périodique de la malnutrition, au regard des deux aspects des RTM</li> <li>- La probabilité de la présence d'un cercle de qualité pour les soins nutritionnels et d'une formation régulière du personnel augmentait avec le nombre de niveaux de RTM offerts (<math>p &lt; 0,001</math>, <math>p = 0,001</math>, respectivement) et les meilleures pratiques pour les RTM (<math>p = 0,015</math>, <math>p = 0,002</math>, respectivement)</li> </ul>

<p>Quels sont les autres résultats importants ?</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Presque tous les EMS (95,2%) ont déclaré offrir une texture "hachée et humide". Près de la moitié des EMS (43,9 %) offraient deux niveaux de textures modifiées (TM) différents, et environ un quart offraient un (28,4 %) ou trois (27,7 %) niveaux de RTM. Toutes les combinaisons des trois niveaux de RTM ont été trouvées, la texture molle et "hachée et humide" étant la plus courante (29,8%).</li> <li>- Un établissement sur cinq (20,4 %) n'a mis en œuvre qu'une seule des quatre meilleures pratiques en matière de régimes à texture modifiée</li> <li>- Deux pratiques exemplaires en matière de RTM ont été considérées par 29,5 %, trois par 37,1 % et les quatre par 13,0 % des établissements. Toutes les combinaisons des quatre meilleures pratiques en matière de RTM ont été trouvées.</li> <li>- La meilleure pratique la plus couramment mise en œuvre était celle des "composants visibles séparément", à savoir par 84,2% des EMS. Les "composants remodelés", considérés par 27,9% des EMS, étaient la meilleure pratique la moins courante</li> <li>- Dans l'ensemble, 7,6 % des établissements ont déclaré offrir les trois niveaux de RTM et les quatre meilleures pratiques en matière de RTM, tandis que 9,5 % des établissements n'offraient qu'un seul niveau de RTM et ne mettaient en œuvre qu'une seule meilleure pratique en matière de RTM.</li> <li>- Les recommandations nationales en matière de nutrition dans les établissements de santé sont connues par 69,8 % des établissements, quel que soit le nombre de niveaux de RTM disponibles ou le nombre de meilleures pratiques en matière de RTM</li> <li>- Aucune des caractéristiques structurelles des EMS n'était associée au nombre de niveaux de RTM disponibles ou au nombre de pratiques exemplaires en matière de RTM</li> <li>- Le nombre de résidents souffrant de troubles de la déglutition a été déclaré par 478 établissements (84,9 %), le nombre de résidents souffrant de troubles de la mastication par 446 établissements (79,2 %) et le nombre de résidents recevant des soins de RTM par 513 établissements (91,1 %).</li> </ul>
---	--

### 2.3. Discussion

## 1. Résumé des résultats

<p>Un résumé des résultats est-il présenté ? Si oui, que contient-il ?</p>	<p>Bien que tous les EMS participants offrent une certaine forme de RTM, il y a manifestement place à l'amélioration, puisque seulement 7,6% des institutions avaient trois niveaux de TM disponibles ainsi que la mise en œuvre de quatre meilleures pratiques de RTM. Des associations entre plusieurs caractéristiques opérationnelles des EMS et la conformité à ces recommandations ont été trouvées. Il est intéressant de noter que la connaissance des recommandations n'a pas influencé la mise en œuvre des niveaux de RTM ou des meilleures pratiques en matière de RTM. Aucune association n'a été trouvée en ce qui concerne les caractéristiques structurelles et liées aux résidents des établissements, à l'exception d'un pourcentage légèrement plus élevé de résidents recevant une RTM dans les établissements offrant trois niveaux de RTM au lieu d'un.</p>
--	---

<p>Comment la recherche répond-elle à l'objectif visé ou à l'hypothèse de départ ?</p>	<p>Les résidents souffrant de troubles de la déglutition et/ou de la mastication ont besoin d'un RTM pour un apport énergétique et nutritionnel sûr et adéquat. Les repas à texture modifiée sont souvent moins attrayants, ont un goût différent et peuvent également avoir des répercussions psychologiques, comme la gêne, qui peuvent affecter l'acceptation de la TM et la qualité de vie. Par conséquent, il est important de prendre en compte les meilleures pratiques pour les RTM en plus de la disponibilité de différents niveaux de RTM.</p> <p><u>Il n'est pas clair comment la prise en compte des capacités individuelles des résidents a été comprise et mise en œuvre.</u></p> <p>Les caractéristiques structurelles examinées ici ne semblent pas influencer la mise en œuvre des recommandations de la RTM. La production des repas en interne uniquement tend à être plus fréquente dans les établissements qui considèrent quatre pratiques exemplaires en matière de RTM plutôt qu'une. Cette tendance pourrait s'expliquer par le contact direct du personnel et des résidents avec la cuisine, ce qui permet un retour d'information immédiat et la possibilité de modifier les processus de préparation dans un court délai. La taille et les sources affiliées des EMS semblent influencer de manière contrastée la mise en œuvre des meilleures pratiques individuelles pour les RTM.</p> <p>On peut s'interroger sur la précision du calcul dans certains établissements, car 32,9 % des 368 établissements nationaux qui ont déclaré calculer la teneur en énergie et en nutriments n'ont pas de recettes pour la plupart ou la totalité des plats.</p> <p>Un service de conseil en diététique était courant dans les établissements participants, mais seulement la moitié des établissements (52%) offrant un service de conseil en diététique avaient un diététicien disponible. Par conséquent, des informations supplémentaires sur le contenu du service et la qualification du conseiller seraient intéressantes. L'évaluation des antécédents nutritionnels personnels des résidents est également courante, en particulier dans les établissements qui proposent trois niveaux de texture modifiée ou quatre meilleures pratiques pour les RTM. La façon dont les informations recueillies sont utilisées dans la pratique quotidienne n'est pas claire.</p> <p>La mise en œuvre d'un dépistage périodique de la malnutrition n'était pas associée à la mise en œuvre du RTM.</p> <p>L'un des aspects pourrait être la sensibilisation générale à la nutrition qui favorise initialement la mise en place de ces aspects de gestion et d'assurance qualité</p> <p>Les problèmes de déglutition et de mastication sont les principales raisons de la mise en œuvre des RTM. Les déficits cognitifs, le refus de manger, de mâcher ou d'avaler, et l'efficacité de l'alimentation sont d'autres raisons courantes rapportées en combinaison avec les problèmes de déglutition ou de mastication → grande variation de la prévalence en raison de défauts de dépistage.</p> <p>Indépendamment du nombre de niveaux de RTM, environ la moitié des établissements ont indiqué qu'entre 10 et 20% de leurs résidents recevaient une RTM. Néanmoins, il existe des établissements dont un résident sur cinq est sous RTM et qui ne proposent qu'un seul niveau de RTM. Même si la proportion est faible, les individus peuvent avoir besoin d'un niveau de RTM spécifique.</p>
<p><b>2. Liens avec les autres auteurs</b></p>	

Comment les résultats se rattachent-ils à d'autres études (similitudes, différences,..)	<p>Les auteurs se réfèrent à la littérature pour expliquer les choix et la compréhension des terminologies, des définitions et de niveaux des différents RTM qui sont décrits dans la littérature de chaque pays, et il existe même des différences au sein de petites régions géographiques d'un même pays. Par conséquent, il n'est pas certain que les définitions utilisées dans le questionnaire aient été comprises de la même manière par tous les EMS, bien qu'une brève explication ait été donnée.</p> <p>Ils rapportent aussi les résultats d'autres études portant sur l'indidence de la texture et du remodelage et de la représentation de la nourriture sur l'augmentation de l'apport alimentaire. Ils comparent aussi la prévalence des personnes souffrants de problèmes de déglutition, du dépistage.</p>
<b>3. Recommandations ou suggestions</b>	
Quelles recommandations ou étapes futures sont-elles proposées ? Pour la pratique ? Pour la recherche ?	Des recherches futures sont nécessaires pour identifier les raisons de ne pas suivre les recommandations pour le RTM afin de développer une approche pour une mise en œuvre plus large. De plus, la relation entre la RTM et les caractéristiques opérationnelles de l'EMS devrait être analysée plus en détail afin d'identifier la cause de ces corrélations. En outre, il convient d'évaluer la qualité du contenu énergétique et nutritionnel des RTM et de déterminer si les résidents reçoivent le niveau de RTM dont ils ont réellement besoin.
Comment les suggestions-recommandations peuvent-elles s'appliquer dans la pratique clinique ?	Bien que tous les établissements participants offrent une certaine forme de RTM, il est nécessaire d'améliorer la gamme et la préparation des RTM, car seulement 7,6 % des établissements répondent à toutes les recommandations concernant les RTM et les meilleures pratiques en la matière. La mise en œuvre de ces recommandations est importante, d'une part pour permettre aux résidents de s'alimenter, pour assurer leur sécurité pendant le processus de déglutition et pour les aider à conserver leur capacité à s'alimenter, et d'autre part pour augmenter leur qualité de vie, leur satisfaction et maintenir leur état nutritionnel lorsqu'ils reçoivent des RTM
<b>4. Limites de la présente étude</b>	
Quelles sont les limites/biais de l'étude ?	<p>La longueur du questionnaire pourrait avoir limité la motivation à participer. L'exactitude des réponses (par exemple en ce qui concerne l'estimation de la proportion de résidents souffrant de RTM) dépendait des connaissances et de la motivation d'une ou deux personnes du EMS. Une autre contrainte de l'étude est le peu d'informations qui peuvent être évaluées par une enquête. La collecte de données à l'aide d'un questionnaire pourrait avoir conduit à des réponses plus acceptables socialement que vraies.</p> <p>La participation volontaire à l'étude a probablement conduit à un biais des EMS ayant un intérêt particulier pour la nutrition et des données complètes sur les EMS allemands pour une comparaison font défaut. De plus, les informations sur les caractéristiques des résidents étaient limitées à 79-91% des EMS participants.</p>



## 2.4. Conclusions

1. Retour sur l'objectif, question, hypothèse	
De quelle manière la recherche a-t-elle répondu à l'objectif visé ?	Cette étude identifie plusieurs caractéristiques opérationnelles du EMS ayant de fortes associations avec le RTM et les meilleures pratiques pour le RTM. Ces caractéristiques reflètent une sensibilisation générale à la nutrition. Étant donné que les aspects opérationnels dépendent généralement de quelques personnes au sein de l'établissement et qu'ils sont susceptibles d'être modifiés dans un avenir prévisible, des stratégies devraient être élaborées pour s'adresser à ces personnes clés et susciter leur intérêt pour la nutrition, surtout si l'on considère que la connaissance des recommandations nationales en matière de RTM n'a pas influencé la mise en œuvre de la RTM et des meilleures pratiques en matière de RTM.
2. Principaux résultats	
Quels sont les principaux résultats significatifs de la démarche ?	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Presque tous les EMS (95,2%) ont déclaré offrir une texture "hachée et humide". Près de la moitié des EMS (43,9 %) offraient deux niveaux de textures modifiées différents, et environ un quart offraient un (28,4 %) ou trois (27,7 %) niveaux de RTM. Toutes les combinaisons des trois niveaux de RTM ont été trouvées, la texture molle et "hachée et humide" étant la plus courante (29,8%).</li> <li>- Deux pratiques exemplaires en matière de RTM ont été considérées par 29,5 %, trois par 37,1 % et les quatre par 13,0 % des établissements. Toutes les combinaisons des quatre meilleures pratiques en matière de RTM ont été trouvées.</li> <li>- La meilleure pratique la plus couramment mise en œuvre était celle des "composants visibles séparément", à savoir par 84,2% des EMS. Les "composants remodelés", considérés par 27,9% des EMS, étaient la meilleure pratique la moins courante</li> </ul>

## 3. Références

- Tétreault, S., Sorita, E., Ryan, A., & Ledoux, A. (2013). *Guide francophone d'analyse systématique des articles scientifiques (GFASAS)*. Laval, Québec : (s.n.).
- Tétreault, S., Sorita, E., Ryan, A., & Ledoux, A. (2014). *Guide pour analyser les articles scientifiques et maximiser sa lecture - Guide francophone d'analyse systématique des articles scientifiques (GFASAS)*. Laval, Québec : (s.n.). Dans S. Tétreault & P. Guillez (Éds), *Guide pratique de recherche en réadaptation* (1<sup>re</sup> éd., p. 545). Louvain-la-Neuve, Belgique : De Boeck, Noto.
- Burger, C., Kiesswetter, E., Alber, R., Pfannes, U., Arens-Azevedo, U., & Volkert, D. (2019). Texture modified diet in German nursing homes: Availability, best practices and association with nursing home characteristics. *BMC Geriatrics*, 19(1), 1–11. <https://doi.org/10.1186/s12877-019-1286-9>

## Grille de Tétreault – Article 3

### 1. Parties communes à tous les articles

#### 1.1. Identification de l'article et du résumé

1. Titre	
Titre (noter le titre)	Effects of a feeding intervention in patients with Alzheimer's disease and dysphagia
Thèmes abordés	Effets d'une intervention alimentaire chez des patients atteints de la maladie d'Alzheimer et de dysphagie
Le titre réfère-t-il à une population précise ou à une question pertinente, si oui, laquelle ou lesquelles	Le titre réfère aux personnes âgées malade d'Alzheimer et de dysphagie
2. Auteurs	
Auteurs (noter les auteurs)	Li-Li Chen, Hong Li, Rong Lin, Jian-Huang Zheng, Yan-Ping Wei, Jing Li, Ping Chen and Hui-Ying Chen

Préciser leur rattachement, institution, lieu de travail, pays	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Li-Li Chen, MD, MS, professeur agrégé de soins infirmiers, institut médical clinique affilié à l'université de médecine de Fujian, hôpital provincial de Fujian, école de soins infirmiers de l'université de médecine de Fujian, ville de Fuzhou.</li> <li>- Hong Li, MD, PhD, professeur de soins infirmiers, institut médical clinique affilié à l'université de médecine de Fujian, hôpital provincial de Fujian, école de soins infirmiers de l'université de médecine de Fujian, ville de Fuzhou</li> <li>- Rong Lin, MD, MS, infirmière praticienne, institut médical clinique affilié à l'université de médecine de Fujian, hôpital provincial de Fujian, école d'infirmières de l'université de médecine de Fujian, ville de Fuzhou</li> <li>- Jian-Huang Zheng, MD, MS, infirmière responsable, deuxième hôpital affilié à l'université de médecine de Fujian, Quanz-hou, province de Fujian</li> <li>- Yan-Ping Wei, MD, MS, infirmière responsable, Institut médical clinique affilié à l'Université médicale de Fujian, Hôpital provincial de Fujian, École d'infirmières de l'Université médicale de Fujian, ville de Fuzhou</li> <li>- Jing Li, MD, MS, infirmière praticienne, Institut médical clinique affilié à l'Université médicale de Fujian, Hôpital provincial de Fujian, École d'infirmières de l'Université médicale de Fujian, ville de Fuzhou</li> <li>- Ping Chen, MD, MS, infirmier praticien, institut médical clinique affilié à l'université de médecine de Fujian, hôpital provincial de Fujian, école d'infirmières de l'université de médecine de Fujian, ville de Fuzhou</li> <li>- Hui-Ying Chen, MD, MS, infirmier praticien, institut médical clinique affilié à l'université de médecine de Fujian, hôpital provincial de Fujian, école d'infirmières de l'université de médecine de Fujian, ville de Fuzhou, Chine</li> </ul>
<b>3. Mots clés</b>	
Mots clés (noter les mots clés)	Maladie d'Alzheimer, dysphagie, compliance alimentaire, personnes âgées, intervention alimentaire.
<b>4. Résumé</b>	

Décrire brièvement les objectifs, la méthodologie, les résultats	<p>Objectif : Cette étude visait à étudier les effets d'une intervention alimentaire chez des patients atteints de la maladie d'Alzheimer et de dysphagie.</p> <p>Méthodologie : Une intervention d'alimentation autocontrôlée de trois mois a été menée de manière prospectivement auprès de 30 résidents de maisons de retraite atteints de la maladie d'Alzheimer et souffrant de dysphagie. Les mesures pré et post-intervention comprenaient le test de déglutition à l'eau de Kubota, le type et la quantité de nourriture ingérée et l'évaluation de l'état nutritionnel par l'épaisseur du pli cutané du triceps, la circonférence du bras, l'albumine sérique et l'hémoglobine. Nous avons utilisé l'échelle Edinburgh Feeding Evaluation in Dementia (EdFED) pour évaluer la compliance alimentaire et le Mini- Mental State Examination pour évaluer la fonction cognitive. Les résultats avant et après l'intervention ont été comparés pour évaluer les effets de l'intervention infirmière.</p> <p>Résultats : Les capacités d'alimentation des patients se sont globalement améliorées, avec notamment une augmentation significative de la prise alimentaire (<math>p &lt; 0001</math>), une diminution des niveaux au test de déglutition dans l'eau de Kubota (<math>p &lt; 0001</math>) et des différences significatives dans l'épaisseur du pli cutané, la circonférence du bras, l'albumine sérique et l'hémoglobine (tous <math>p &lt; 001</math>), indiquant un meilleur état nutritionnel. Les scores de l'échelle d'évaluation de l'alimentation dans la démence d'Edinburgh ont diminué de manière significative, ce qui montre une meilleure observance alimentaire. Aucun changement n'a été noté dans la cognition après l'intervention. Parmi les 22 patients qui avaient initialement besoin d'être nourris, cinq ont repris l'auto-alimentation après l'intervention (<math>p = 006</math>).</p>
--	---

## 1.2. Introduction

1. Pertinence	
Est-ce que la justification de l'étude repose sur des constats théoriques, des observations, des faits ou des données statistiques ?	La pertinence de l'étude repose sur la pratique clinique. L'amélioration significative des mesures d'alimentation suggère que ce modèle d'intervention alimentaire pourrait être développé en tant que programme de compétences alimentaires afin d'améliorer à la fois les soins alimentaires dispensés par le personnel infirmier et les capacités d'alimentation et le statut nutritionnel des patients atteints de la maladie d'Alzheimer.
2. Originalité	

Comment l'auteur explique-t-il l'originalité de la démarche ?	La dysphagie est un problème clinique important dans les soins aux patients atteints de la maladie d'Alzheimer et peut avoir une influence significative sur l'efficacité des interventions alimentaires auprès de ces patients.
<b>3. Plan de l'article</b>	
Le plan est-il précis, logique et détaillé ? Les étapes à venir sont-elles bien précisées ?	Cette étude prospective a utilisé un plan d'autocontrôle avant/après et a réalisé une intervention alimentaire de trois mois chez des patients atteints de dysphagie. Les observations et les évaluations des patients ont été effectuées avant et après l'intervention. Toutes les infirmières qui ont participé à cette étude étaient diplômées de l'école d'infirmières de l'université affiliée, avaient réussi leurs examens de qualification et étaient certifiées en tant qu'infirmières autorisées. Avant le début de l'étude, elles ont assisté à des conférences sur le protocole de l'étude, ont reçu une copie des procédures sous forme d'arbre de décision et ont bénéficié d'une supervision pratique de l'intervention d'alimentation uniforme
Quels sont les objectifs, les questions de recherche ?	Cette étude a mené une intervention alimentaire chez des patients atteints de la maladie d'Alzheimer et de dysphagie afin d'étudier les effets de l'intervention sur la capacité de déglutition des patients, leur état nutritionnel et cognitif et leur degré de conformité alimentaire.

### 1.3. Recension des écrits scientifiques ou présentation des concepts théoriques

<b>1. Modèle théorique</b>	
Un modèle théorique, cadre conceptuel ou explication sont-ils proposés ? Si oui, lesquels ?	Les auteurs ne proposent pas de modèle théorique.

Comment le modèle théorique, cadre conceptuel est-il justifié ?	/
<b>2. Limites des écrits</b>	
Préciser les limites ou contraintes provenant d'autres auteurs	/

## 2. Article portant sur une étude quantitative

### 2.1. Méthodologie

<b>1. Question de recherche</b>	
Quelles sont les variables importantes ?	<p>Les variables sont :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- La quantité de nourriture ingérée</li> <li>- Auto-alimentation oui non</li> <li>- Test d'ingestion d'eau de Kubota 1, 2, 3, 4, 5 (de normal à sévère)</li> <li>- EdFED (un score plus élevé indique des niveaux plus élevés de problèmes d'alimentation et de nutrition)</li> <li>- Circonférence de la partie supérieure du bras</li> <li>- Épaisseur du pli cutané</li> <li>- Albumine sérique</li> <li>- Hémoglobine</li> <li>- MMSE</li> </ul>

Les variables importantes sont-elles bien définies ?	Les variables sont définies dans le tableau.
Quels sont les questions ou les objectifs de recherche ?	Les objectifs et questions de recherche sont reportés dans l'introduction.
Des précisions sont-elles données sur la variable indépendante, dépendante ? Lesquelles sont-elles ?	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Variable indépendante : les interventions alimentaires</li> <li>- Variable dépendante : la capacité de déglutition des patients, l'état nutritionnel et cognitif et le degré de conformité alimentaire.</li> </ul>
Quelles sont les hypothèses de recherche ?	Les comportements alimentaires et l'état nutritionnel des patients des maisons de retraite atteints de la maladie d'Alzheimer et de dysphagie pourraient bénéficier d'une intervention alimentaire axée sur l'environnement de la salle à manger, les interactions entre le personnel infirmier et les résidents et les stratégies d'alimentation afin d'améliorer à la fois les compétences des infirmières et les comportements alimentaires des patients
<b>2. Devis</b>	
Quel est le devis de l'étude ?	Une étude de cohorte prospective.
Le devis est-il bien détaillé ?	Les auteurs ne détaillent pas le devis, ils détailleront le modèle d'intervention.
De quelle façon les règles éthiques sont-elles respectées ?	Le comité d'examen institutionnel de l'école d'infirmières de l'université médicale de Fujian a approuvé le protocole de l'étude (IRB n° : K2014-LW-011). Tous les patients inscrits ou les membres de leur famille ont fourni un consentement éclairé signé pour participer à l'étude

Précision du type de devis ou de la procédure expérimentale	Les auteurs ne réportent pas de précisions, il détaillent par la suite les interventions mises en place.
Quelles explications sont fournies pour la collecte d'informations ?	Les auteurs expliquent la procédure expérimentale mais n'expliquent pas les outils employées dans la collecte des données.
<b>3. Sélection des participants ou objets d'étude</b>	
Quelle est la population visée ? est-elle bien définie ?	Une cohorte de 30 patients atteints de la maladie d'Alzheimer et de dysphagie répondant aux critères d'inclusion a été sélectionnée parmi les résidents d'une maison de retraite de Fuzhou, en Chine, entre octobre et décembre 2013. Tranche d'âge : $82.40 \pm 6.79$ ans.
Comment se réalise la sélection des participants ?	Les auteurs ne précisent pas la façon dont la sélection des participants se réalise, ils indiquent les critères d'inclusion et exclusion indiqués ci-dessous.



Des critères d'inclusion, d'exclusion de l'échantillon sont-ils présentés quels sont-ils ?	<p>Les critères d'inclusion étaient :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Diagnostic de démence conforme à la Classification statistique internationale des maladies et des problèmes de santé connexes (CIM-10) publiée par l'Organisation mondiale de la santé ;</li> <li>2. Manifestations cliniques, y compris différents degrés d'étouffement, de dysphagie ou de difficulté à bouger les muscles du palais mou ou de la langue pendant le dépistage en utilisant le test de déglutition à l'eau de Kubota (Priefer &amp; Robbins 1997, Hanson et al. 2011) pour vérifier la présence de dysphagie ;</li> <li>3. Capacité à prendre des aliments par voie orale ;</li> <li>4. Absence de maladies pulmonaires ;</li> <li>5. Âge supérieur à 60 ans ;</li> <li>6. Consentement éclairé fourni par le patient ou les membres de sa famille.</li> </ol> <p>Les critères d'exclusion :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Pathologies sévères du foie, des reins ou du sang, ou maladie primaire du système endocrinien ;</li> <li>2. Autres maladies passées ou actuelles susceptibles d'avoir affecté la fonction de déglutition, comme des tumeurs de la tête ou du cou, des tumeurs de l'œsophage ou des lésions crâniennes ;</li> <li>3. Dépendance à une sonde gastrique ou à une sonde d'alimentation pour la nutrition ;</li> <li>4. Signes vitaux instables.</li> </ol>
Est-ce qu'il y a une répartition des participants en groupe ? (témoin ou contrôle) comment cette répartition se réalise-t-elle ?	Non, les auteurs comparent le pré et post interventions alimentaires en ce qui concerne les capacités d'alimentation, les mesures anthropométriques et physiologiques chez les patients atteints de la maladie d'Alzheimer avec dysphagie.
Précision de la procédure pour faire le choix des participants	Les auteurs ne précisent pas la procédure pour faire le choix des participants.

Précisions sur la justification de la taille de l'échantillon	Les auteurs ne justifient pas la taille de l'échantillon.
<b>4. Choix des outils de collecte d'information</b>	
Les instruments de mesure sont-ils décrits de manière précise ? Quels sont-ils ?	<p>Mesures d'évaluation</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Test de déglutition à l'eau de Kubota</li> <li>- Indicateurs nutritionnels : L'épaisseur du pli cutané du triceps, la circonférence du bras, l'albumine sérique et l'hémoglobine</li> <li>- Consommation alimentaire : recommandation de la Société de nutrition de Taiwan (Cette étude a utilisé des fractions de cette unité pour calculer l'apport alimentaire des patients au cours de leurs trois repas quotidiens, et l'apport a été enregistré comme 0, 1/4, 1/2, 3/4 et 1).</li> <li>- Comportement alimentaire : l'échelle Edinburgh Feeding Evaluation in Dementia (EdFED)</li> <li>- Fonction cognitive : le Mini-Mental State Examination (MMSE)</li> </ul>

<p>Comment se réalise concrètement la collecte des données ? Quelle est la fréquence de passation des outils ?</p>	<p>L'intervention alimentaire s'effectue sur 3 mois avec une évaluation avant et après pour en apprécier l'efficacité.</p> <p>Les infirmières ont assisté à des conférences sur le protocole de l'étude, ont reçu une copie des procédures sous forme d'arbre de décision et ont bénéficié d'une supervision pratique de l'intervention d'alimentation uniforme.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Test de déglutition à l'eau de Kubota : évaluer la capacité de déglutition des sujets, et s'est déroulé spécifiquement comme suit : en position assise, on donnait au patient une cuillère à café d'eau à boire ; s'il la buvait sans problème, on lui donnait une tasse contenant 30 ml d'eau chaude et on lui demandait de la boire comme d'habitude. Le processus de consommation du patient était ensuite observé et noté comme suit : (1) Grade I (normal) : le patient a bu l'eau en une seule bouchée en cinq secondes sans s'étouffer. (2) Grade II (douteux) : le patient a bu de l'eau en une seule gorgée en plus de cinq secondes sans s'étouffer ou a bu de l'eau en deux gorgées sans s'étouffer. (3) Grade III (anomalie légère) : le patient a bu de l'eau en une seule fois avec des étouffements. (4) Grade IV (anomalie modérée) : le patient a bu de l'eau en deux bouchées ou plus avec des étouffements. (5) Grade V (anomalie sévère) : le patient a constamment des étouffements et a du mal à boire toute l'eau.</li> <li>- Indicateurs nutritionnels : Les mesures de l'épaisseur du pli cutané ont été effectuées simultanément par le chercheur et un autre membre du personnel de recherche ; les mesures ont été effectuées deux fois et la moyenne a été prise. La circonférence de la partie supérieure du bras peut refléter avec précision le stockage des protéines et le niveau de consommation, ainsi que l'apport calorique, et peut également indiquer si la nutrition d'un patient s'est améliorée ou détériorée. L'albumine sérique reflète principalement les anomalies protéiques chroniques, tandis que l'hémoglobine détermine si les patients sont anémiques.</li> <li>- Consommation alimentaire : La Société de nutrition de Taïwan recommande que les adultes âgés qui effectuent un travail léger reçoivent un apport calorique quotidien de 2000 à 2200 kcal pour les hommes et de 1800 à 1900 kcal pour les femmes ; 2000 kcal de nourriture peuvent donc être représentés par 1 unité. Cette étude a utilisé des fractions de cette unité pour calculer l'apport alimentaire des patients au cours de leurs trois repas quotidiens, et l'apport a été enregistré comme 0, 1/4, 1/2, 3/4 et 1.</li> <li>- Comportement alimentaire : l'EdFED comporte 11 items englobant le comportement alimentaire, l'intervention infirmière et les difficultés d'alimentation (Watson 1994). Elle est adaptée aux patients atteints de la maladie d'Alzheimer, quel que soit leur type et le stade de la maladie. La version chinoise validée de l'EdFED a un <math>\alpha</math> de Cronbach de 0,90, un coefficient de fiabilité inter-juges de 0,81 et un coefficient de corrélation de retest de 0,89 (Lin et al. 2008). L'EdFED a été administré avant et après l'intervention pour évaluer l'observance alimentaire des sujets.</li> <li>- Fonction cognitive : le Mini-Mental State Examination (MMSE) est un bref questionnaire de 30 items utilisé pour évaluer la fonction cognitive. Tous les sujets ont rempli le MMSE avant et après l'intervention pour évaluer la fonction cognitive.</li> </ul>
--	---

Des précisions sur la passation et la cotation des outils sont-elles données ? quelles sont-elles ?	Les auteurs ne fournissent pas de précisions.
Des précisions sont-elles données sur la variable indépendante, dépendante ? Lesquelles sont-elles ?	Les auteurs ne détaillent pas les variables.
<b>5. Intervention ou programme (si applicable)</b>	
Quelles sont les interventions et comment sont-elles décrites ?	<p>Modèle d'intervention pour l'alimentation</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Préparation des patients</li> <li>- Préparation de l'environnement</li> <li>- Préparation des aliments</li> <li>- Préparation des ustensiles</li> </ul> <p>Intervention en matière d'alimentation</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Assistance appropriée</li> <li>- Surveillance des patients</li> <li>- Soins psychologiques</li> <li>- Soins infirmiers après le repas</li> </ul>

<p>Comment l'intervention est-elle appliquée ?</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- <u>Préparation des patients</u> : vider intestin et vessie, laver les mains et ils ont été rassemblés à la cafeteria 30 min avant. Mise à disposition d'ustensiles et tabliers. Les patients étaient aidées à se mettre à leur place et maintenir une position assise droite (oreiller derrière le dos pour confort). Ceux alités, avaient un dossier levé afin d'adopter une position semi-allongée. Les souhaits des patients étaient respectés et des efforts étaient faits pour ne pas perturber leur environnement et leurs habitudes alimentaires. L'état des patients avant les repas était observé et évalué, et des efforts étaient faits pour s'assurer qu'ils prenaient leur nourriture dans un état stable et concentré</li> <li>- <u>Environnement</u> : Les patients prenaient leurs repas ensemble autant que possible, et l'environnement de la salle à manger était maintenu chaud, avec une humidité confortable et une bonne ventilation. Les infirmières avaient pour consigne d'éviter les bruits soudains, comme crier fort aux patients ou ouvrir ou fermer bruyamment les portes. Des émissions de radio, de la musique et des films/vidéos étaient diffusés aux patients pour qu'ils soient de bonne humeur pendant qu'ils mangeaient.</li> <li>- <u>Les aliments</u> étaient cuits et assaisonnés pour être faciles à avaler. Les aliments étaient classés en liquides, semi-liquides, mous et solides. Les auteurs décrivent les aliments classés. Les types d'aliments appropriés étaient choisis en fonction du degré de dysphagie des patients. Pour augmenter l'appétit des patients, les couleurs, les arômes et les goûts des aliments étaient adaptés avec l'aide de nutritionnistes. Le régime était généralement faible en sel, faible en graisse, riche en protéines et en vitamines pour une nutrition optimale. Certains aliments non bénéfiques, notamment les aliments gras, excessivement sucrés, huileux et épicés, étaient limités. La température des aliments était maintenue à une température adéquate</li> <li>- <u>Ustensiles</u> : fourchettes, des cuillères à manche incurvé et des cuillères à grand manche ; les ustensiles étaient colorés pour les distinguer des aliments et des tables.</li> <li>- <u>Assistance appropriée</u> : Les aliments et les ustensiles de cuisine étaient placés à des endroits pratiques sur les tables. L'accent a été mis sur l'autonomie alimentaire des patients pendant le processus de prise de nourriture, et les patients ont été encouragés à manger par eux-mêmes en utilisant les ustensiles, les infirmières étant présentes pour les encourager et les aider. Les patients n'étaient pas bousculés et avaient suffisamment de temps pour mâcher et avaler les aliments. On leur rappelait les différents types d'aliments et on leur conseillait de les manger à tour de rôle. Les patients étaient autorisés à faire de courtes pauses tout en mangeant. Pour ceux qui refusaient de continuer à manger, on cherchait la raison et on résolvait les problèmes rapidement chaque fois que c'était possible. Si nécessaire, les patients étaient nourris pour assurer une prise alimentaire suffisante. Il était conseillé aux infirmières d'aider les personnes qui ne pouvaient pas se nourrir elles-mêmes à obtenir de la nourriture dans la mesure du possible. Les auteurs décrivent la méthode que les infirmières ont adopté pour aider à s'alimenter.</li> <li>- <u>Surveillance des patients</u> : la compliance, la déglutition et la mastication des patients ont été observées pendant le processus d'alimentation, et les patients souffrant de dysphagie ont été surveillés de près pour éviter les accidents tels que les</li> </ul>
--	--

	<p>étouffements ou l'aspiration. On veillait à ce que les patients avalent lentement de petites bouchées et ne prennent la bouchée suivante qu'après avoir complètement avalé la précédente. En cas d'étouffement, les infirmières soutenaient immédiatement les patients, les obligeaient à se pencher vers l'avant au niveau de la taille et à baisser la tête, de sorte que leur menton se rapproche de leur poitrine. Les infirmières donnaient ensuite des tapes rapides et continues entre les omoplates des patients pour les faire cracher les résidus alimentaires. Enfin, les infirmières effectuaient la manœuvre de Heimlich</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- <u>Soins psychologiques</u> : Les infirmières ont observé la manifestation de la personnalité et des préférences des patients dans leur comportement et leurs habitudes alimentaires. Elles ont évalué correctement le comportement alimentaire anormal des patients et les ont traités avec compréhension, tolérance et sincérité, en les rassurant, en les encourageant et en leur faisant des suggestions pour les guider, et en reconnaissant, en encourageant et en félicitant chaque accomplissement. Les infirmières communiquaient fréquemment avec les patients, en maintenant une attitude amicale, en parlant lentement et calmement, en utilisant un langage bref et clair et en évitant de crier.</li> <li>- <u>Soins infirmiers après le repas</u> : les infirmières aidaient les patients à se laver les mains et à se rincer la bouche, redressaient leurs vêtements et s'assuraient que leur posture était confortable. Elles prodiguaient également des soins bucco-dentaires aux patients souffrant de dysphagie et notaient la quantité d'aliments ingérés, la vitesse d'ingestion, les préférences alimentaires et l'apparition éventuelle d'incidents tels que l'étouffement.</li> </ul>
<b>6. Méthode d'analyse des données</b>	
Quels sont les méthodes et les types d'analyses statistiques proposées (tests, ...)	<p>Les variables catégorielles et ordinales sont présentées sous forme de chiffres et de pourcentages.</p> <p>En raison de la petite taille de l'échantillon et de la violation possible de l'hypothèse de normalité, les variables continues sont décrites sous forme de médiane et d'écart interquartile (IQR)</p> <p>Toutes les variables ont été mesurées pour chaque patient avant et après l'intervention</p> <p>Des tests non paramétriques pour des échantillons appariés ont été effectués pour comparer les différences entre les valeurs avant et après l'intervention.</p> <p>Le test de rang signé de Wilcoxon a été utilisé pour les variables continues et ordinales, tandis que le test de McNemar a été utilisé pour les variables catégorielles.</p> <p>Toutes les analyses statistiques ont été effectuées avec le logiciel statistique IBM SPSS version 22 pour Windows (IBM Corp., New York, NY, USA). La signification statistique a été définie comme une valeur <math>p &lt; 0.05</math>.</p>

Les méthodes d'analyses sont-elles justifiées ? Si oui, de quelle manière ?	Les informations sont reportées ci-dessus.
---	--

## 2.2. Résultats

1. Description de l'échantillon	
Quelles sont les caractéristiques principales de l'échantillon ?	30 patients âgés atteints de la maladie d'Alzheimer et souffrant de dysphagie ont été recrutés, dont 17 (54,8%) hommes et 13 (45,2%) femmes avec un âge moyen de $82.4 \pm 6.8$ ans
Des précisions sont-elles données sur les participants, si oui, lesquelles	Les auteurs ne fournissent pas d'autres précisions sur les participants.
Des précisions sont-elles données sur la période de collecte de données, lesquelles ?	La collecte de données se réalise sur 3 mois par des mesures pré et post-intervention.
2. Description des résultats	

Quels sont les résultats statistiquement significatifs (p.ex. $p < 0.05$ ) ?	<p>Une amélioration générale a été trouvée dans les capacités d'alimentation des patients après l'intervention, y compris une augmentation significative de la prise alimentaire (<math>p &lt; 0001</math>), une diminution des niveaux sur le test de déglutition de Kubota (63,4% des sujets étaient de grade III à V avant l'intervention, diminuant à 23,3% après l'intervention ; <math>p &lt; 0001</math>)</p> <p>Parmi les 22 patients qui avaient besoin d'être nourris avant l'intervention, cinq patients ont repris l'auto-alimentation après l'intervention, bien qu'une signification limite ait été trouvée (<math>p = 006</math>).</p> <p>Les scores EdFED ont diminué de manière significative (<math>p &lt; 0001</math>), ce qui indique une meilleure compliance alimentaire.</p> <p>Des augmentations significatives ont été trouvées dans la circonférence du bras, l'épaisseur du pli cutané, l'albumine sérique et l'hémoglobine (toutes <math>p &lt; 0001</math>), indiquant un meilleur état nutritionnel.</p>
Quels sont les autres résultats importants ?	<p>Aucun changement post-intervention n'a été noté dans la fonction cognitive évaluée par le MMSE.</p> <p>Les résultats du test de déglutition à l'eau de Kubota suggèrent que l'intervention alimentaire peut effectivement retarder la détérioration de la fonction de déglutition chez les patients atteints de la MA. L'absence de complications de la dysphasie, telles que l'aspiration et la pneumonie, suggère également que l'amélioration de la déglutition peut contribuer à réduire l'incidence de ces complications.</p>

### 2.3. Discussion

1. Résumé des résultats	
Un résumé des résultats est-il présenté ? Si oui, que contient-il ?	Les résultats de cette étude montrent qu'une intervention alimentaire auprès de patients atteints de la maladie d'Alzheimer et souffrant de dysphagie a permis d'améliorer de manière significative l'apport alimentaire des patients, d'augmenter leur capacité à manger et à avaler et d'améliorer l'observance des repas.
Comment la recherche répond-elle à l'objectif visé ou à l'hypothèse de départ ?	L'amélioration de l'état nutritionnel a été démontrée par des augmentations significatives entre les valeurs pré et post-intervention pour la circonférence du bras, l'épaisseur du pli cutané, l'albumine sérique et l'hémoglobine. Nos résultats peuvent être attribués à un modèle d'intervention impliquant une formation générale ainsi qu'une formation à l'alimentation
2. Liens avec les autres auteurs	



<p>Comment les résultats se rattachent-ils à d'autres études (similitudes, différences,..)</p>	<p>Une étude antérieure (Simmons &amp; Schnelle 2006) a montré que lorsque des patients atteints de la maladie d'Alzheimer présentant des troubles de l'alimentation et de la déglutition reçoivent un entraînement à la fonction orale, ils doivent également recevoir un régime d'entraînement général comprenant un entraînement à la force musculaire, un entraînement fonctionnel des bras pour aider à manger, la sélection et l'utilisation d'outils auxiliaires, la préparation des aliments, le maintien de l'hygiène buccale avant et après la prise de nourriture et l'assistance et les soins des aides.</p> <p>La dysphagie à long terme expose également les personnes âgées atteintes de la maladie d'Alzheimer à un risque élevé de perte de poids (Inelmen et al. 2010) et de mauvaise nutrition (McDonald 2008) en raison d'un apport insuffisant en aliments et en liquides.</p> <p>Elle peut également provoquer des ulcères, une aspiration et une pneumonie (Sue Eisenstadt 2010). Il a été démontré que l'entraînement à la déglutition chez les patients âgés atteints de la maladie d'Alzheimer a des effets positifs.</p> <p>Selon Jia (2002) les indicateurs biochimiques de la nutrition se sont améliorés de manière significative après que les patients atteints de la maladie d'Alzheimer ont bénéficié d'une intervention diététique pendant 42 jours.</p> <p>Une mauvaise alimentation à long terme réduit la capacité des patients à répondre au stress, altère les fonctions immunitaires, favorise la progression de la maladie et augmente la mortalité (Hong et al. 2005). Les aptitudes à s'alimenter et à manger régressent progressivement avec la dégénérescence physique et cognitive et la perte de poids est inévitable malgré des soins de qualité (Claggett 1989)</p> <p>L'état nutritionnel des patients âgés hospitalisés ayant au moins une capacité d'autogestion de base est significativement meilleur que celui des patients qui ont besoin d'une aide à la vie ou qui sont significativement ou complètement dépendants d'autres personnes pour les besoins de la vie . Des recherches ont montré que la décision des aides concernant les options d'alimentation dans la maladie d'Alzheimer augmentait les connaissances des infirmières et réduisaient l'incertitude et les conflits décisionnels (Hanson et al. 2011).</p> <p>Des changements dans l'état fonctionnel ou psychologique et des rapports de douleur peuvent annoncer l'apparition d'une dépression (Kverno et al. 2008), et ces patients peuvent refuser de s'alimenter ou de recevoir une aide alimentaire, et finir par s'isoler et devenir paranoïaques. Les infirmières de cette étude ont été encouragées à discerner les changements dans la mémoire. La recherche montre que le fait d'avoir un plan de soins peut être bénéfique aux soins de fin de vie des patients atteints de</p>
--	---

	démence et contribuer à améliorer leur qualité de vie (Sampson et al. 2011).
<b>3. Recommandations ou suggestions</b>	
Quelles recommandations ou étapes futures sont-elles proposées ? Pour la pratique ? Pour la recherche ?	Pour les recherches futures, il convient de mettre l'accent sur les soins psychologiques ainsi que sur l'apprentissage de l'alimentation, ce qui peut contribuer à ralentir la progression de la maladie et à améliorer la qualité de vie des patients, tout en améliorant leur capacité à s'alimenter et leur nutrition.
Comment les suggestions-recommandations peuvent-elles s'appliquer dans la pratique clinique ?	L'application cohérente des approches décrites dans notre intervention globale en matière d'alimentation a contribué directement à l'amélioration de la situation alimentaire des patients atteints de démence. Ceci serait donc conseillé à appliquer dans la pratique.
<b>4. Limites de la présente étude</b>	
Quelles sont les limites/biais de l'étude ?	Bien que nos résultats suggèrent l'efficacité de ce programme d'intervention alimentaire pour améliorer la compliance alimentaire et le statut nutritionnel des patients Alzheimer, des études prospectives multicentriques de plus grande envergure avec une application plus longue de l'intervention sont nécessaires pour confirmer nos résultats.

## 2.4. Conclusions

<b>1. Retour sur l'objectif, question, hypothèse</b>	
De quelle manière la recherche a-t-elle répondu à l'objectif visé ?	Les résultats de cette étude sont limités par le petit échantillon et la courte période d'évaluation. Les résultats peuvent donc ne pas s'appliquer à tous les patients Alzheimer atteints de dysphagie dans différentes régions de Chine ou à d'autres populations. Les patients provenaient également d'une seule institution, ce qui peut entraîner un biais de site.
<b>2. Principaux résultats</b>	

Quels sont les principaux résultats significatifs de la démarche ?	Les résultats de cette étude montrent qu'une intervention d'alimentation peut améliorer l'apport alimentaire, la conformité de l'alimentation et l'état nutritionnel des patients atteints de la maladie d'Alzheimer avec dysphagie et prévenir un déclin supplémentaire de la fonction de déglutition.
--	---

### 3. Références

- Tétreault, S., Sorita, E., Ryan, A., & Ledoux, A. (2013). *Guide francophone d'analyse systématique des articles scientifiques (GFASAS)*. Laval, Québec : (s.n.).
- Tétreault, S., Sorita, E., Ryan, A., & Ledoux, A. (2014). *Guide pour analyser les articles scientifiques et maximiser sa lecture - Guide francophone d'analyse systématique des articles scientifiques (GFASAS)*. Laval, Québec : (s.n.). Dans S. Tétreault & P. Guillez (Éds), *Guide pratique de recherche en réadaptation* (1<sup>re</sup> éd., p. 545). Louvain-la-Neuve, Belgique : De Boeck, Noto.
- Chen, L. L., Li, H., Lin, R., Zheng, J. H., Wei, Y. P., Li, J., ... Chen, H. Y. (2016). Effects of a feeding intervention in patients with Alzheimer's disease and dysphagia. *Journal of Clinical Nursing*, 25(5–6), 699–707. <https://doi.org/10.1111/jocn.13013>

## Grille de Tétreault – Article 4

### 1. Parties communes à tous les articles

#### 1.1. Identification de l'article et du résumé

1. Titre	
Titre (noter le titre)	Staff awareness of food and fluid care needs for older people with dementia in residential care: A qualitative study
Thèmes abordés	Sensibilisation du personnel aux besoins en matière d'alimentation et de soins des liquides pour les personnes âgées atteintes de démence dans les établissements de soins.
Le titre réfère-t-il à une population précise ou à une question pertinente, si oui, laquelle ou lesquelles	Le titre réfère aux personnes âgées vivants en EMS et atteinte de demences
2. Auteurs	
Auteurs (noter les auteurs)	Emma J Lea ; Lynette R Goldberg ; Andrea D Price ; Laura T Tierney ; Fran McInerney ;
Préciser leur rattachement, institution, lieu de travail, pays	Emma J Lea PhD, Research Fellow Lynette R Goldberg PhD, CCC-SLP, Senior Lecturer Andrea D Price MN, Lecturer Laura T Tierney BHLth Hons, Junior Research Fellow Fran McInerney PhD, Professor of Dementia Studies and Education
3. Mots clés	

Mots clés (noter les mots clés)	Démence, pratiques de soins fondées sur des données probantes, hydratation, maisons de soins infirmiers, nutrition, personnel.
<b>4. Résumé</b>	
Décrire brièvement les objectifs, la méthodologie, les résultats	<p>Objectif : Examiner la sensibilisation du personnel des maisons de retraite aux besoins quotidiens en matière d'alimentation et de soins liquides des personnes âgées atteintes de démence.</p> <p>Méthodologie : Onze membres du personnel occupant différents postes dans une maison de soins ont été interrogés sur leur perception des pratiques actuelles et potentielles en matière d'alimentation et d'hydratation. Les transcriptions ont été codées et analysées de manière thématique.</p> <p>Résultats : Les principaux problèmes liés aux aliments et aux liquides signalés par ces membres du personnel sont la perte de poids et la malnutrition, les difficultés de mastication et de déglutition (dysphagie) et l'hydratation insuffisante. Le personnel a identifié un certain nombre de pratiques de soins actuelles qu'il jugeait efficaces pour faciliter l'ingestion d'aliments et de liquide : l'amélioration de la composition et du moment des repas, l'amélioration de l'environnement physique et social de l'alimentation et l'augmentation des possibilités d'hydratation. Le personnel a commenté les facteurs susceptibles d'empêcher les changements dans les pratiques de soins, en particulier la main-d'œuvre à temps partiel, et a proposé des changements pour surmonter ces obstacles.</p>

## 1.2. Introduction

<b>1. Pertinence</b>	
Est-ce que la justification de l'étude repose sur des constats théoriques, des observations, des faits ou des données statistiques ?	La justification de l'étude repose sur des constats théoriques. Les auteurs se basent sur la littérature pour affirmer que les personnes âgées atteintes de démence qui vivent dans des maisons de retraite résidentielles présentent un risque élevé de malnutrition et de déshydratation et par conséquent, ils sont vulnérables au délire, à la confusion, aux changements de comportement, aux chutes, aux escarres, à l'altération de la cicatrisation des plaies, aux infections urinaires (IU) et à une mauvaise santé accrue. Ces conséquences complètent les difficultés existantes pour reconnaître et communiquer la faim ou la soif et affectent profondément la capacité des personnes âgées atteintes de démence à être actives dans leurs propres soins
<b>2. Originalité</b>	

Comment l'auteur explique-t-il l'originalité de la démarche ?	Jusqu'à présent, les connaissances du personnel sur l'état nutritionnel et l'hydratation des personnes âgées en établissement ont été principalement tirées de données quantitatives. Les données qualitatives fournissent un complément potentiel précieux aux données quantitatives en améliorant la profondeur de la compréhension des perceptions du personnel. La recherche qualitative peut également être utile pour mettre en lumière les lacunes dans la compréhension, lorsque les personnes interrogées ne soulèvent pas de questions ou de pratiques importantes
<b>3. Plan de l'article</b>	
Le plan est-il précis, logique et détaillé ? Les étapes à venir sont-elles bien précisées ?	La présente étude qualitative a examiné la sensibilisation du personnel de soins résidentiels aux besoins alimentaires et hydriques des personnes âgées atteintes de démence, en mettant l'accent sur les pratiques de soins quotidiens plutôt que sur le contenu nutritionnel des aliments fournis. Cette étude comprend une évaluation des perceptions du personnel sur la façon dont la qualité des soins pourrait être améliorée, ainsi que les obstacles au changement des pratiques de soins actuelles. L'article adopte une approche holistique des soins de nutrition et d'hydratation, y compris les aspects sociaux et environnementaux de la consommation d'aliments et de liquides, car ceux-ci ont un impact sur la qualité de vie des personnes âgées
Quels sont les objectifs, les questions de recherche ?	Cet article a exploré la sensibilisation du personnel aux besoins alimentaires et hydriques des personnes âgées dans une maison de retraite et la perception du personnel des pratiques de soins les plus efficaces pour les personnes atteintes de démence

### 1.3. Recension des écrits scientifiques ou présentation des concepts théoriques

<b>1. Modèle théorique</b>	
Un modèle théorique, cadre conceptuel ou explication sont-ils proposés ? Si oui, lesquels ?	Aucun cadre conceptuel ou modèle théorique est proposé.

Comment le modèle théorique, cadre conceptuel est-il justifié ?	/
<b>2. Limites des écrits</b>	
Préciser les limites ou contraintes provenant d'autres auteurs	/

## 2. Article portant sur une étude qualitative

### 2.1. Méthodologie

<b>1. Question de recherche</b>	
Précision des composantes de la question	Les auteurs ne donnent pas de précisions.
<b>2. Devis</b>	
Quel est le devis de l'étude ?	Il s'agit d'une étude qualitative axée sur les données issues d'entretiens semi-structurés avec une série d'employés de maisons de retraite.
Le devis est-il bien détaillé ?	Les auteurs détaillent le cadre et le guide des entretiens semi-structurés.

Quelle est la cohérence du devis avec la thématique ?	/
Précision du rôle du chercheur	/
De quelle façon les règles éthiques sont-elles respectées ?	Le projet a été approuvé par le comité d'éthique de la recherche sur l'homme compétent (réf. n° 0014396). Le personnel a reçu des fiches d'information, le projet leur a été expliqué par les enquêteurs et ils ont donné leur consentement signé pour leur participation
Quels sont les outils pour la collecte des informations ?	Un guide d'entretien semi-structuré a été élaboré, comprenant 3 questions ouvertes et 12 fermées
Comment se déroule la collecte des données ?	Chacun des 11 membres du personnel a participé à un entretien et a rempli le questionnaire à la fin de l'entretien. Animés par un enquêteur expérimenté, les entretiens ont duré entre 23 et 75 minutes. Chaque entretien a fait l'objet d'un enregistrement audio et d'une transcription verbatim à des fins d'analyse. Les données ont été collectées en mars-avril 2015.
<b>3. Sélection des participants ou objets d'étude</b>	
Y a-t-il des critères de sélection ou d'exclusion ? Si oui, préciser lesquels	Les participants étaient 11 employés de maisons de retraite qui se sont portés volontaires pour participer à des entretiens semi-structurés après avoir répondu à des prospectus affichés dans la maison et avoir entendu parler de l'étude par la bouche à oreille. Ces participants occupaient divers postes au sein de la maison de retraite : personnel soignant (n = 2), infirmières inscrites (n = 2), infirmières diplômées (n = 2), assistants en thérapie de diversion (personnel chargé du style de vie et des loisirs) (n = 2) et hôtellerie (direction et chefs) (n = 3). Fourchette âge: 21-67 ans). La plupart avaient 15 ans ou plus d'expérience dans les maisons de retraite (fourchette : 3-40 ans)
<b>4. Choix des outils de collecte d'information</b>	



<p>Est-ce que les outils de collecte d'information sont décrits de façon précise ? Si oui, quels sont-ils ?</p>	<p>Un entretien semi-structuré, composé par 3 questions ouvertes :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Quels sont les problèmes de santé liés à l'alimentation, à la boisson et à la nutrition dans cette maison de soins ?"</li> <li>- "Selon vous, quelles sont les pratiques de soins actuelles en matière d'alimentation et de fluides les plus efficaces ?"</li> <li>- "Quelles pratiques de soins en matière d'alimentation et de fluides souhaiteriez-vous voir appliquées différemment pour les personnes âgées atteintes de démence ?"</li> </ul> <p>Un questionnaire en 12 points interrogeait le personnel sur ses données démographiques et ses responsabilités professionnelles. Il comprenait une question sur toute formation ou éducation sur la nutrition que le personnel avait suivie : Il comprenait une question sur la formation ou l'éducation du personnel en matière de nutrition : "Avez-vous suivi une formation ou une éducation en matière de nutrition ?" avec des options de réponse "Non/oui" et, si "Oui", des options de réponse ouvertes "Où ? Quand ? Quoi ?"</p>
<p>Comment se réalise concrètement la collecte des données ? À quelle fréquence ?</p>	<p>Les informations sont reportés dans la questions portant sur comment se déroule la collecte des données.</p>
<p><b>5. Méthode d'analyse des données</b></p>	

<p>Quelle est la méthode d'analyse utilisée ?</p>	<p>Les éléments démographiques et d'éducation/formation du questionnaire ont été analysés de manière descriptive. Les transcriptions des entretiens ont été saisies dans NVIVO (version 10 ; QSR International). Chaque transcription a été lue plusieurs fois pour aider à comprendre les principaux problèmes et préoccupations de chaque membre du personnel. Par la suite, les données ont été soumises à une analyse thématique afin d'identifier les thèmes émergents.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- <u>Concept</u> : Connaissance des problèmes de nutrition et d'hydratation présents dans les maisons de retraite. <ul style="list-style-type: none"> <li>o Thèmes : Perte de poids et malnutrition, Problèmes de mastication et de déglutition (dysphagie), Hydratation inadéquate</li> </ul> </li> <li>- <u>Concept</u> : Perceptions des pratiques actuelles efficaces en matière de soins des aliments et des liquides <ul style="list-style-type: none"> <li>o Thèmes : Réactivité aux demandes et aux besoins, Observations des changements dans les préférences alimentaires et des difficultés à manger, L'environnement physique de l'alimentation (les lieux où les personnes mangent), L'environnement alimentaire social (interactions entre les personnes âgées, le personnel et la famille)</li> </ul> </li> <li>- <u>Concept</u> : Suggestions d'amélioration des pratiques de soins pour personnes atteintes de démence <ul style="list-style-type: none"> <li>o Thèmes : Améliorer la composition des repas, Calendrier moins strict des repas, Améliorer l'environnement physique et social des repas, Augmenter l'hydratation</li> </ul> </li> <li>- <u>Concept</u> : Obstacles à la mise en œuvre des changements suggérés dans les pratiques de soins, Surmonter les obstacles à la modification des pratiques de soins <ul style="list-style-type: none"> <li>o Thèmes : Des effectifs insuffisants et une main-d'œuvre essentiellement à temps partiel, Hiérarchie professionnelle et travail en silos, Formation du personnel, Possibilités pour le personnel de se rencontrer pour discuter des changements à apporter.</li> </ul> </li> </ul>
<p>Qui procède à l'analyse ?</p>	<p>Les données ont été codées selon un processus en deux étapes. Dans un premier temps, les données ont été organisées en fonction de trois questions clés de l'entretien (catégories) par le quatrième auteur travaillant avec le premier auteur. Deux catégories supplémentaires ont émergé des données lorsque les participants ont été interrogés sur les résultats de leurs suggestions d'amélioration des pratiques de soins : les obstacles à la mise en œuvre des changements dans les pratiques de soins et les suggestions pour surmonter ces obstacles.</p> <p>Par la suite, les données ont été soumises à une analyse thématique menée par le quatrième auteur, l'auteur principal effectuant un double codage d'un sous-échantillon, examinant les thèmes et les comparant aux transcriptions. Tous les membres de l'équipe ont participé à l'examen final, à la désignation finale et à l'interprétation des thèmes.</p>
<p>Quel est le logiciel utilisé ?</p>	<p>Les transcriptions des entretiens ont été saisies dans NVIVO (version 10 ; QSR International)</p>

Comment se fait la validation des données ? Y a-t-il des précisions sur la triangulation des données ? Si oui lesquelles ?	Voir la procédure d'analyse
---	-----------------------------

## 2.2. Résultats

1. Description des résultats	
Comment les résultats sont-ils présentés ?	Les résultats sont présentées par concepts et thèmes sélectionnés et décrits dans la méthode.

<p>Que ressort-il de l'analyse (description des résultats de l'étude)</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Formation et éducation du personnel en matière de nutrition : sept des 11 participants avaient reçu une éducation ou une formation par le biais de cours de courte durée sur la déglutition et la nutrition, souvent dans le cadre d'une école de cuisine ou d'études de premier cycle en soins de santé</li> <li>- Sensibilisation aux problèmes de nutrition et d'hydratation :             <ul style="list-style-type: none"> <li>o Certains membres du personnel établissent un lien entre la perte d'appétit des personnes âgées et la perte de poids et la malnutrition. La perte de poids était parfois considérée comme faisant partie du vieillissement. Certains membres du personnel ont noté une série d'autres facteurs qui peuvent contribuer à un mauvais état nutritionnel et à la malnutrition. Le principal facteur perçu est la fourniture d'aliments dont la valeur nutritionnelle est inadéquate, ou encore qu'ils ne reçoivent pas assez ou pas du tout de nourriture, ou le manque de personnel (ne peuvent pas finir leur repas).</li> <li>o Certains membres du personnel considéraient la dysphagie comme "probablement notre principale [préoccupation]".</li> <li>o Le personnel a reconnu qu'une hydratation inadéquate pouvait entraîner des problèmes de santé, mais pour justifier la compréhension limitée de certains membres du personnel des effets d'une hydratation inadéquate, il a été déclaré que "les soignants de l'étage ne sont pas intéressés ou n'ont pas le temps d'aller donner quelques bouchées [de liquide] à la fois "</li> </ul> </li> <li>- Le personnel d'accueil, en particulier, a commenté l'importance d'observer les habitudes alimentaires des personnes âgées sur plusieurs jours, surtout pour celles qui ont des difficultés de communication. De même, les participants ont noté que le personnel d'accueil recommandait de changer les repas en fonction de leurs observations du gaspillage alimentaire.             <ul style="list-style-type: none"> <li>o Lorsque le personnel observait des difficultés lors du principal repas de midi, des interventions physiques - telles que la mise à disposition de couverts adaptés et d'assiettes aux couleurs contrastées - étaient mises en place pour soutenir l'indépendance et les fonctions des personnes âgées. Pour un petit nombre de personnes, l'alimentation est également encouragée en les éloignant de la salle à manger assistée (environnement plus calme et plus entendu).</li> <li>o Un club de petit-déjeuner hebdomadaire, visant principalement à soutenir les personnes atteintes de démence, était organisé dans la salle à manger assistée, le personnel présent prenant le petit-déjeuner avec les membres de ce club.</li> </ul> </li> <li>- Le personnel a estimé qu'il était important de comprendre les préférences des personnes en matière de nourriture et de boisson en consultant les préférences et les aversions (y compris les préférences alimentaires ethniques) documentées dans leurs dossiers, en organisant des réunions régulières pour demander l'avis des personnes âgées sur les menus prévus et en veillant à ce que les changements de préférences au fil du temps soient contrôlés pour leur efficacité.             <ul style="list-style-type: none"> <li>o D'autres préoccupations concernaient l'horaire structuré ou "régimenté" des repas</li> <li>o Le personnel a suggéré la diffusion d'une musique appropriée dans les salles à manger, le personnel a suggéré de multiplier les occasions de manger avec les personnes dont il s'occupe et d'aménager des salles à manger plus petites, en particulier</li> </ul> </li> </ul>
---	--

	<p>pour les personnes atteintes de démence. Il est important l'interaction pendant les repas que certains soignants ne font pas, ils parlent entre eux et mettre en place des plans de tables bien pensés → autrement isolement, mangent en chambre.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Le personnel a suggéré que les niveaux d'hydratation devaient être augmentés et que la formation du personnel à ce sujet était essentielle</li> <li>- Le manque de personnel et le fait que de nombreux employés travaillent à temps partiel sont considéré comme un obstacle au changement</li> <li>○ La structure hiérarchique ne favorise pas la communication. La hiérarchie ne se montre pas à l'écoute des idées innovatrices de ses employées et ils montrent réticence au changement ; aussi le personnel a décrit le cloisonnement professionnel et la communication isolée où le personnel peut donc ne pas être conscient de la nécessité d'un changement.</li> <li>○ Les participants ont exprimé leur compréhension à l'égard du manque de temps du personnel, mais ont estimé que leur emploi du temps régimentaire empêchait le changement dans une série d'autres domaines également. ils ont décrit la présentation des repas vitaminés comme étant "juste dans un bol avec de la purée de pommes de terre, mais les servir "joliment" pour qu'ils aient l'air plus attrayants était considéré comme prenant trop de temps. Les employés qui tentaient d'améliorer la présentation étaient découragés par les autres employés pour cette raison</li> <li>○ La formation du personnel a été jugée importante pour améliorer la compréhension de la nutrition, de l'hydratation et des stratégies de soins appropriées, y compris la compréhension par le personnel de l'importance de la conversation avec les personnes dont il s'occupe ; Des occasions pour le personnel de se rencontrer pour discuter des changements à apporter ont été considérées comme importantes pour faciliter le changement.</li> </ul>
--	--

### 2.3. Discussion

## 1. Résumé des résultats

<p>Un résumé des résultats est-il présenté ? Si oui, que contient-il ?</p>	<p>Les suggestions de changement qui s'alignaient sur les interventions prometteuses rapportées comprenaient une utilisation plus répandue des repas en petits groupes, une meilleure communication entre le personnel et les personnes dont il s'occupe au moment des repas, une meilleure ambiance de l'environnement de repas (par exemple, une musique appropriée, et des occasions régulières pour le personnel de dîner avec les personnes résidant dans la maison de retraite- Ces éléments pourraient servir de base à un programme plus intégré et durable d'amélioration des soins nutritionnels.</p> <p>Il y avait d'autres pratiques de soins prometteuses dont le personnel ne parlait que rarement ou pas du tout. Ces pratiques non abordées comprenaient des invites verbales efficaces, des indices pour manger, des félicitations et des encouragements en tant que renforcements positifs, l'offre de choix de repas alternatifs cohérents, y compris des repas de style familial, et l'incorporation de la thérapie culinaire par réminiscence. Ces interventions se sont avérées importantes pour améliorer le choix et l'apport alimentaire des personnes âgées, pour permettre un engagement significatif avec la nourriture et pour améliorer la qualité de vie.</p> <p>Les résultats de l'étude ont permis de comprendre pourquoi certaines de ces pratiques de soins prometteuses n'étaient pas appliquées</p> <p>Il convient toutefois de noter que le temps consacré aux soins centrés sur la personne, comme l'amélioration de l'environnement physique et social des repas par l'intermédiaire du personnel qui comprend l'importance de la conversation avec les personnes âgées, la diffusion d'une musique appropriée dans les salles à manger et l'utilisation de messages-guides efficaces, sont des stratégies peu coûteuses et efficaces en termes de temps pour améliorer le plaisir des repas et faciliter l'ingestion d'aliments et de liquides, quel que soit le lieu où ils sont consommés</p>
<p>Comment la recherche répond-elle à l'objectif visé ?</p>	<p>Les résultats fournissent des informations qui peuvent contribuer à l'amélioration des pratiques du personnel et au changement de la culture alimentaire de manière plus détaillée et plus approfondie que les données quantitatives disponibles.</p>
<p><b>2. Liens avec les autres auteurs</b></p>	

Comment les résultats se rattachent-ils à d'autres études (similitudes, différences, etc.)	<p>Dans les études quantitatives : En dépit de leurs formations variées, de nombreux membres du personnel étaient conscients des problèmes clés en matière de nutrition et d'hydratation des personnes atteintes de démence dans les établissements de soins pour personnes âgées. Les thèmes abordés étaient la perte de poids et la malnutrition, l'hydratation inadéquate et les complications de la dysphagie. Il s'agit d'une constatation importante, car ces problèmes sont prévalus dans les soins résidentiels. La prévalence élevée de la malnutrition et de la déshydratation pour les personnes en soins âgés dans le monde entier souligne la nécessité d'améliorer les pratiques de soins.</p> <p>Des interventions prometteuses ont été identifiées (Abdel- Hamid et al., 2016), mais elles sont rarement mises en œuvre de manière systématique dans le secteur des soins.</p> <p>Les suggestions de changement s'alignaient sur les interventions prometteuses rapportées dans la littérature.</p> <p>La formation du personnel et les opportunités de rencontre entre les rôles ont été identifiées dans cette étude et peuvent représenter une voie possible pour promouvoir l'amélioration des pratiques de soins. Un personnel ayant des rôles différents qui se réunit régulièrement pour travailler ensemble initie et traite avec succès une série de questions, telles que la prévention des chutes</p>
<b>3. Recommandations ou suggestions</b>	
Quelles recommandations ou étapes futures sont-elles proposées? Pour la pratique ? Pour la recherche ?	<p>L'inclusion des cadres supérieurs aurait pu apporter un éclairage supplémentaire à ces résultats, en particulier peut-être en abordant les limites plus structurelles soulevées.</p> <p>Bien que la petite taille de l'échantillon puisse limiter la transférabilité des résultats à d'autres contextes, les idées de ce personnel fournissent un contexte précieux pour la poursuite de l'étude qualitative.</p>
Comment les suggestions - recommandations peuvent-elles s'appliquer dans la pratique clinique ?	<p>Les groupes de discussion pourraient être une méthode utile pour explorer le sujet plus avant.</p> <p>Ces résultats qualitatifs détaillés sur la connaissance des pratiques de soins peuvent contribuer à la conception d'interventions visant à corriger les perceptions erronées du personnel et à modifier les soins afin de favoriser la santé nutritionnelle et la qualité de vie des personnes âgées atteintes de démence dans les établissements de soins.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Soutien organisationnel pour utiliser et mettre en profit ces connaissances</li> <li>- Besoins d'éduquer et former le personnel pour la pratique de faciliter l'hydratation et nutrition.</li> <li>- Formation interprofessionnelle : relation entre une nutrition et une hydratation inadéquate et les indicateurs cliniques de la qualité des soins, tels que les chutes, les escarres, les infections et le risque accru d'hospitalisation</li> </ul>

#### 4. Limites de la présente étude

Quelles sont les limites/biais de l'étude ?	L'échantillon de cette étude était petit (n = 11) et provenait d'une seule maison de soins. L'accent est mis sur la profondeur des données plutôt que sur leur représentativité. De plus, les 11 membres du personnel participants représentaient différents rôles dans la maison de retraite.
---	--

## 2.4. Conclusions

#### 1. Retour sur l'objectif, question, hypothèse

De quelle manière la recherche a-t-elle répondu à l'objectif visé ?	Le personnel de maison de retraite étaient conscients de la nécessité pour les personnes âgées d'avoir un apport alimentaire et hydrique adéquat et, bien qu'elles ne soient pas toujours mises en œuvre, de certaines pratiques de soins bénéfiques, telles que la nécessité d'une conversation significative et continue avec les personnes dont ils s'occupent et de manger dans un environnement agréable et non distrayant. Il y avait également un manque de sensibilisation aux conséquences de la malnutrition et de la déshydratation et une série d'autres pratiques de soins efficaces axées sur le plaisir social des repas et les soins centrés sur la personne.
---	---

#### 2. Principaux résultats

Quels sont les principaux résultats significatifs de la démarche ?	Le personnel était conscient des principaux problèmes liés à l'alimentation et à l'hydratation rencontrés par les personnes âgées dont il s'occupait et d'une série de pratiques de soins bénéfiques, mais il manquait de connaissances sur de nombreuses pratiques de soins prometteuses et/ou sur la manière de mettre en œuvre de telles pratiques. Pertinence pour la pratique clinique : Le personnel a besoin d'être soutenu pour mettre à profit ses connaissances existantes en matière de pratiques efficaces de soins des aliments et des liquides. Les nombreuses idées exprimées par le personnel pour modifier les pratiques de soins peuvent être mises à profit en facilitant le réseautage du personnel pour travailler et apprendre ensemble afin de mettre en œuvre des changements fondés sur des données probantes.
--	---

## 3. Références

- Tétreault, S., Sorita, E., Ryan, A., & Ledoux, A. (2013). *Guide francophone d'analyse systématique des articles scientifiques (GFASAS)*. Laval, Québec : (s.n.).
- Tétreault, S., Sorita, E., Ryan, A., & Ledoux, A. (2014). *Guide pour analyser les articles scientifiques et maximiser sa lecture - Guide francophone d'analyse systématique des articles scientifiques (GFASAS)*. Laval, Québec : (s.n.). Dans S. Tétreault &



P. Guillez (Éds), *Guide pratique de recherche en réadaptation* (1<sup>re</sup> éd., p. 545). Louvain-la-Neuve, Belgique : De Boeck, Noto.

Lea, E. J., Goldberg, L. R., Price, A. D., Tierney, L. T., & McInerney, F. (2017). Staff awareness of food and fluid care needs for older people with dementia in residential care: A qualitative study. *Journal of Clinical Nursing*, 26(23–24), 5169–5178. <https://doi.org/10.1111/jocn.14066>

## Grille de Tétreault – Article 5

### 1. Parties communes à tous les articles

#### 1.1. Identification de l'article et du résumé

1. Titre	
Titre (noter le titre)	Dysphagia in Nursing Home Residents: Management and Outcomes
Thèmes abordés	La dysphagie chez les résidents des maisons de retraite : Gestion et résultats
Le titre réfère-t-il à une population précise ou à une question pertinente, si oui, laquelle ou lesquelles	Les résidents des maisons de retraite dysphagiques.
2. Auteurs	
Auteurs (noter les auteurs)	Nikolina Jukic Peladic, Paolo Orlandoni, Giuseppina Dell'Aquila, Barbara Carrieri, Paolo Eusebi, Francesco Landi, Stefano Volpato, Giovanni Zuliani, Fabrizia Lattanzio, Antonio Cherubini

Préciser leur rattachement, institution, lieu de travail, pays	<p>Nikolina Jukic Peladic, Paolo Orlandoni: Nutrition clinique, IRCCS INRCA, Ancône, Italie</p> <p>Giuseppina Dell'Aquila, Antonio Cherubini: Geriatria, Accettazione geriatrica e Centro di ricerca per l'invecchiamento, IRCCS INRCA, Ancône, Italie</p> <p>Barbara Carrieri : Geriatria, Accettazione geriatrica e Centro di ricerca per l'invecchiamento, IRCCS INRCA, Ancône, Italie ;</p> <p>Département des sciences de la vie et de l'environnement, Université polytechnique des Marches, Ancône, Italie</p> <p>Paolo Eusebi: Service de planification sanitaire, Autorité sanitaire régionale de l'Ombrie, Pérouse, Italie</p> <p>Francesco Landi: Département de gériatrie, neurosciences et orthopédie, Université catholique du Sacré-Cœur, Rome, Italie</p> <p>Stefano Volpato, Giovanni Zuliani : Département des sciences médicales, Université de Ferrare, Ferrare, Italie</p> <p>Fabrizia Lattanzio : Direction scientifique, IRCCS INRCA, Ancône, Italie</p>
<b>3. Mots clés</b>	
Mots clés (noter les mots clés)	Mots clés : dysphagie en maison de retraite, nutrition artificielle texture régime alimentaire modifié hospitalisation
<b>4. Résumé</b>	
<p>Décrire brièvement les objectifs, la méthodologie, les résultats</p>	<p>Objectifs : Définir la prévalence de la dysphagie et ses facteurs associés et étudier l'influence de la dysphagie et des thérapies nutritionnelles réalisées chez les sujets dysphagiques sur les résultats cliniques, notamment l'état nutritionnel, les escarres, l'hospitalisation et la mortalité.</p> <p>Méthodologie : Tous les participants ont subi une évaluation complète standardisée utilisant la version italienne de l'ensemble des données minimales des maisons de retraite. L'échelle Long-Form des activités de la vie quotidienne a été utilisée pour évaluer le statut fonctionnel. Les professionnels de la santé ont évalué la dysphagie au moyen d'une évaluation clinique. L'état nutritionnel a été évalué à l'aide des informations sur la perte de poids.</p> <p>Résultats : La prévalence de la dysphagie était de 12,8%, et 16% des sujets ont été traités par nutrition artificielle. Le taux de mortalité des sujets atteints de dysphagie était significativement plus élevé que celui des sujets non dysphagiques (27,7 % contre 16,8 % ; P 1/4 ,0001). La prévalence de la perte de poids et des escarres était également plus élevée chez les sujets dysphagiques.</p>

## 1.2. Introduction

### 1. Pertinence

Est-ce que la justification de l'étude repose sur des constats théoriques, des observations, des faits ou des données statistiques ?	<p>Les auteurs s'appuient sur des constats théoriques de la littérature pour définir la dysphagie affirmant que sa prévalence varie en fonction de la population étudiée et des outils utilisés pour l'évaluer. Dans les maisons de retraite, elle se produit chez jusqu'à 60 % des résidents.</p> <p>La dysphagie est une affection grave qui peut entraîner des conséquences négatives, notamment une perte de poids et une dénutrition, une déshydratation, une pneumonie aspirationnelle et la mort. La perte de poids chez les sujets âgés est un facteur de risque indépendant de mortalité, tandis que la dénutrition contribue à divers problèmes de santé, notamment les maladies cardiovasculaires, la détérioration de l'état cognitif et du système immunitaire, et la mauvaise cicatrisation des escarres et des plaies.</p> <p>L'aspiration silencieuse, dont la prévalence atteint 68 % chez les patients dysphagiques résidant dans des établissements de soins de longue durée, peut provoquer une pneumonie par aspiration qui est souvent responsable de l'hospitalisation et du décès des personnes atteintes de démence.</p>
<b>2. Originalité</b>	
Comment l'auteur explique-t-il l'originalité de la démarche ?	Les auteurs ne fournissent pas d'informations.
<b>3. Plan de l'article</b>	
Le plan est-il précis, logique et détaillé ? Les étapes à venir sont-elles bien précisées ?	Les auteurs ne détaillent pas le plan.
Quels sont les objectifs, les questions de recherche ?	Estimer la prévalence de la dysphagie et de ses facteurs associés ainsi que d'étudier l'influence de la dysphagie et des thérapies nutritionnelles réalisées chez les sujets dysphagiques sur les résultats cliniques, y compris l'état nutritionnel, les escarres, l'hospitalisation et la mortalité.

### 1.3. Recension des écrits scientifiques ou présentation des concepts théoriques

### 1. Modèle théorique

Un modèle théorique, cadre conceptuel ou explication sont-ils proposés ? Si oui, lesquels ?	Les auteurs ne proposent pas de modèle conceptuel.
Comment le modèle théorique, cadre conceptuel est-il justifié ?	/
<b>2. Limites des écrits</b>	
Préciser les limites ou contraintes provenant d'autres auteurs	La littérature scientifique offre des preuves contradictoires concernant la meilleure option pour le traitement nutritionnel des patients dysphagiques âgés, en particulier s'ils souffrent de démence sévère

## 2. Article portant sur une étude quantitative

### 2.1. Méthodologie

#### 1. Question de recherche

Quelles sont les variables importantes ?	Variables continues, catégorielles, binaires
--	--

Les variables importantes sont-elles bien définies ?	<p>Les variables sont définies dans les tableaux :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Dysphagie</li> <li>- Les données sociodémographiques, fonctionnelles et les paramètres cliniques</li> <li>- Mortalité</li> <li>- Hospitalisation</li> </ul>
Quels sont les questions ou les objectifs de recherche ?	Estimer la prévalence de la dysphagie et de ses facteurs associés ainsi que d'étudier l'influence de la dysphagie et des thérapies nutritionnelles réalisées chez les sujets dysphagiques sur les résultats cliniques, y compris l'état nutritionnel, les escarres, l'hospitalisation et la mortalité.
Des précisions sont-elles données sur la variable indépendante, dépendante ? Lesquelles sont-elles ?	Les auteurs ne reportent pas de précisions sur les variables.
Quelles sont les hypothèses de recherche ?	Les auteurs ne formulent pas d'hypothèses de recherche.
<b>2. Devis</b>	
Quel est le devis de l'étude ?	Une étude observationnelle prospective, avec une analyse multi-variable supplémentaire afin d'évaluer les prédicteurs indépendants de la dysphagie.
Le devis est-il bien détaillé ?	Les auteurs déclarent que les détails concernant les méthodes et les procédures du projet ULISSE ont été publiés précédemment.
De quelle façon les règles éthiques sont-elles respectées ?	L'étude a été approuvée par le comité d'éthique. Les résidents et les membres de leur famille, lorsqu'ils étaient disponibles, ont été invités à donner leur consentement éclairé pour participer à l'étude.

Précision du type de devis ou de la procédure expérimentale	Les auteurs ne donnent pas d'ulérieures précisions.
Quelles explications sont fournies pour la collecte d'informations ?	Cette étude s'appuie sur les données sur les personnes des maisons de retraite recueillies dans le cadre du projet ULISSE (Un Link Informatico sui Servizi Sanitari Esistenti per l'Anziano, un lien informatique sur les services de soins de santé pour les personnes âgées). Le projet ULISSE était une étude de cohorte observationnelle, multicentrique et prospective d'un an portant sur la qualité des soins prodigués aux personnes âgées dans trois environnements différents en Italie : les hôpitaux, les soins à domicile et les maisons de retraite. Tous les détails concernant les méthodes et les procédures du projet ULISSE ont été publiés précédemment
<b>3. Sélection des participants ou objets d'étude</b>	
Quelle est la population visée ? est-elle bien définie ?	Personnées âgées >65 ans, vivants dans les maisons de retraite.
Comment se réalise la sélection des participants ?	Pour les petits établissements de soins, tous les résidents ont été recrutés ; pour les maisons de soins plus importantes, un maximum de 100 résidents de longue durée sélectionnés au hasard ont été évalués
Des critères d'inclusion, d'exclusion de l'échantillon sont-ils présentés quels sont-ils ?	Le seul critère d'exclusion était l'âge <65 ans.

Est-ce qu'il y a une répartition des participants en groupe ? (témoin ou contrôle) comment cette répartition se réalise-t-elle ?	<p>Les auteurs ont comparé les personnes dyspaghiques et non dyspaghiques vivants dans les maisons de retraite.</p> <p>Par la suite ils comparent 2 sous-groupes : ceux traités par la nutrition entérale ou parentérale et ceux à régime à texture modifiée.</p>
Précision de la procédure pour faire le choix des participants	Tous les participants ont subi une évaluation gériatrique complète et standardisée au début de l'étude, réalisée à l'aide de la version italienne de l'inter Resident Assessment Instrument (RAI)
Précisions sur la justification de la taille de l'échantillon	La taille de l'échantillon était de 1299 au suivi de 6 mois et de 971 au suivi de 12 mois. Au cours des 6 premiers mois, 162 résidents sont décédés, et à 12 mois, 109 autres résidents sont décédés. Tous les autres résidents ont été exclus en raison de données manquantes dans l'ensemble des données minimales (MDS).
<b>4. Choix des outils de collecte d'information</b>	
Les instruments de mesure sont-ils décrits de manière précise ? Quels sont-ils ?	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Évaluation RAI.</li> <li>- L'état fonctionnel a été évalué au moyen de l'échelle MDS-ADL (Minimum Data Set Activities of Daily Living) Long-Form, composée de 7 items ADL.</li> <li>- L'échelle MDS Cognitive Performance Scale (CPS) en 7 points, pour l'évaluation cognitive.</li> <li>- La comorbidité a été évaluée au moyen de l'échelle d'évaluation cumulative des maladies (CIRS), et CIM-9.</li> <li>- Une évaluation clinique sans procédures d'instruction a été réalisée pour le diagnostic de dysphagie.</li> <li>- L'état nutritionnel a été évalué à partir des informations sur la perte de poids.</li> <li>- Le statut des escarres a été extrait de l'évaluation du MDS.</li> <li>- Les hospitalisations et la mortalité ont été enregistrées par les maisons de retraite.</li> </ul>



<p>Comment se réalise concrètement la collecte des données ? Quelle est la fréquence de passation des outils ?</p>	<p>Pour les 1490 résidents participant à l'étude, les données sociodémographiques et les données sur l'état clinique et fonctionnel au départ ont été recueillies.</p> <p>La réévaluation de suivi a été effectuée après 6 et 12 mois</p> <p>Tous les participants ont subi une évaluation gériatrique complète et standardisée au début de l'étude, réalisée à l'aide de la version italienne de l'inter Resident Assessment Instrument (RAI) MDS 2.0) Toutes les données recueillies provenaient des évaluations du personnel de la maison de retraite (MDS 2.0) et/ou de la documentation du clinicien de la maison de retraite (diagnostics, dysphagie dans le dossier médical ou le MDS). À chaque visite (début de l'étude, 6 mois et 1 an), tous les résidents ont fait l'objet d'une évaluation complète.</p> <p>L'état fonctionnel a été évalué au moyen de l'échelle MDS-ADL (Minimum Data Set Activities of Daily Living) Long-Form, qui est composée de 7 items ADL. Chaque item ADL a 6 catégories possibles de réponse rapportant l'observation par un professionnel clinique formé sur une période d'évaluation de 7 jours. Le score des réponses pour chaque item MDS-ADL va de 0 (indépendance totale) à 4 (dépendance totale). Le code 8 a été utilisé lorsque l'activité n'a pas été réalisée pendant les 7 jours. Le score global de l'échelle MDS-ADL Long Form est la somme des réponses aux 7 items ADL et il varie de 0 à 28.24</p> <p>L'état cognitif des résidents a été évalué à l'aide de l'échelle MDS Cognitive Performance Scale (CPS) en 7 points : un score de 2 ou plus équivaut à un diagnostic de démence, et un score supérieur à 4 indique la présence d'une démence sévère.</p> <p>L'échelle d'évaluation cumulative des maladies (CIRS). Le score global CIRS est la somme des scores de 14 éléments (chacun allant de 0 à 4), et il peut aller de 0 (aucune comorbidité) à 56 (comorbidité la plus élevée). Les maladies ont été codées à l'aide de la CIM-9, et les médicaments ont été enregistrés à l'aide du code du système de classification anatomique thérapeutique chimique.</p> <p>Les patients qui avaient des problèmes pour avaler des solides ou des liquides pendant la période d'évaluation de 7 jours ont été classés comme dysphagiques au départ. Les problèmes de déglutition ont été évalués par des professionnels de la santé participant aux soins du patient. Une évaluation clinique sans procédures d'instruction a été réalisée ; l'évaluation comprenait la collecte d'informations concernant le problème de déglutition actuel, l'examen des antécédents médicaux, l'observation de signes pertinents pour l'état de santé des résidents, l'observation de la structure de la parole et de la déglutition, l'observation d'un patient lors d'essais de déglutition et l'entretien avec le personnel responsable de l'aide à l'alimentation pendant les repas.</p>
--	---

	<p>L'état nutritionnel a été évalué à partir des informations sur la perte de poids, c'est-à-dire que la perte de poids égal ou majeur de 5% au cours des 3 derniers mois et/ou &gt;10% au cours des 6 derniers mois ont été utilisés comme indicateurs de la détérioration de l'état nutritionnel</p> <p>Le statut des escarres a été extrait de l'évaluation du MDS ; seule la présence ou l'absence d'escarres a été prise en compte.</p> <p>Les hospitalisations et la mortalité ont été enregistrées par les maisons de retraite. L'hospitalisation a été classée comme une variable binaire. Ainsi, si un résident a été hospitalisé plus d'une fois, seule la première a été prise en compte.</p>
Des précisions sur la passation et la cotation des outils sont-elles données ? quelles sont-elles ?	Elles sont reportés ci- dessus.
Des précisions sont-elles données sur la variable indépendante, dépendante ? Lesquelles sont-elles ?	Les auteurs ne précisent pas les variables.
<b>5. Intervention ou programme (si applicable)</b>	
Quelles sont les interventions et comment sont-elles décrites ?	Évaluation de l'intervention nutritionnelle sur 2 sous-groupes
Comment l'intervention est-elle appliquée ?	Les auteurs ne précisent pas la modalité d'application de l'intervention.
<b>6. Méthode d'analyse des données</b>	

<p>Quels sont les méthodes et les types d'analyses statistiques proposées (tests, ...)</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- L'analyse statistique a été réalisée avec R Core Team R.</li> <li>- Les statistiques descriptives sont présentées pour les variables continues sous forme de moyenne, d'écart-type ou de médiane et d'écart interquartile, selon le cas.</li> <li>- Les variables catégorielles sont présentées sous forme de pourcentages.</li> <li>- Le test t de Student a été utilisé pour les variables continues et le test chi-carré pour les variables catégorielles.</li> <li>- Des modèles de régression à effets mixtes utilisant l'algorithme MCMC (Markov Chain Monte Carlo) ont été utilisés pour analyser le rôle de plusieurs facteurs dans la prédiction des résultats négatifs.</li> <li>- Une réponse binomiale a été utilisée afin d'étudier le risque de mortalité, tandis qu'une réponse multinomiale a été utilisée afin d'étudier les facteurs associés aux escarres, à la perte de poids et à l'hospitalisation en tenant compte de la mortalité comme résultat concurrent.</li> <li>- Modèle de régression logistique pour une analyse multivariable supplémentaire.</li> <li>- Calcul de l'Odds ratios (OR) et leurs intervalles de confiance.</li> </ul>
<p>Les méthodes d'analyses sont-elles justifiées ? Si oui, de quelle manière ?</p>	<p>Les données ont été analysées pour tester les différences significatives des variables cliniques et démographiques entre les résidents avec et sans dysphagie.</p> <p>Le rôle indépendant en tant que prédicteurs de la CPS, de l'ADL, du CIRS, de la poly-pharmacie, de la durée du séjour et des maladies chroniques, c'est-à-dire la démence, la maladie pulmonaire obstructive chronique, l'insuffisance cardiaque congestive, la maladie coronarienne, la maladie de Parkinson, la maladie cérébro-vasculaire, le diabète, l'insuffisance rénale, le cancer et la dépression, a été étudié</p> <p>Une analyse multi-variable supplémentaire a été réalisée pour évaluer les prédicteurs indépendants de la mortalité chez les sujets âgés atteints de dysphagie à l'aide d'un modèle de régression logistique. Le modèle a été ajusté en fonction de l'âge, du sexe, du type de nutrition, de la déficience des AVQ (en tertiles), du CIRS, des maladies chroniques, c'est-à-dire la démence, la bronchopneumopathie chronique obstructive, l'insuffisance cardiaque congestive, la coronaropathie, la maladie de Parkinson et la dépression, d'un terme d'interaction entre la démence et la déficience grave des AVQ, de l'hospitalisation au cours des six mois précédents (le nombre d'hospitalisations n'était pas disponible) et de la durée du séjour (années)</p> <p>Les odds ratios (OR) ainsi que leurs intervalles de confiance à 95% (IC 95%) sont rapportés pour les modèles estimés. Une analyse complète des cas a été effectuée dans tous les modèles. Par conséquent, les patients présentant des données manquantes ont été exclus de l'analyse. L'analyse statistique a été réalisée avec R version</p>

## 2.2. Résultats

1. Description de l'échantillon	
Quelles sont les caractéristiques principales de l'échantillon ?	Trente et un foyers de soins ont participé à l'étude ULISSE : 56% étaient des maisons de soins publiques, 24% des institutions à but lucratif, et les maisons de soins restantes n'ont pas fourni les informations. Le nombre moyen de lits par maison de retraite était de 103, avec une fourchette allant de 18 à plus de 500 lits. La majorité des lits étaient réservés aux résidents de long séjour.
Des précisions sont-elles données sur les participants, si oui, lesquelles	Les auteurs ne donnent pas d'autres précisions sur les participants que celles réportés ci-dessus.
Des précisions sont-elles données sur la période de collecte de données, lesquelles ?	La collecte de données se serait déroulé sur 1 an, avec réévaluation des interventions après 12 mois.
2. Description des résultats	
Quels sont les résultats statistiquement significatifs (p.ex. $p < 0.05$ ) ?	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Une déficience cognitive (score CPS <math>\geq 2</math>) a été trouvée chez 89,4 % des sujets dysphagiques contre 67,5 % des sujets non dysphagiques (<math>P &lt; .001</math>)</li> <li>- 69,8 % des résidents dysphagiques avaient une démence sévère (score CPS <math>&gt; 4</math>) contre 37,5 % des sujets non dysphagiques (<math>P &lt; .001</math>)</li> <li>- L'état nutritionnel des sujets présentant des troubles de la déglutition était également significativement moins bon (14,1% des résidents dysphagiques ont enregistré une perte de poids contre 6,3% chez les sujets non dysphagiques) et 22% d'entre eux avaient une PU contre 7,9% chez les sujets non dysphagiques.</li> <li>- Le taux de mortalité au cours du suivi d'un an chez les résidents atteints de dysphagie était significativement plus élevé par rapport à celui des sujets non dysphagiques (27,7 % contre 16,8 % ; <math>P 1/4 ,0001</math>)</li> </ul>

<p>Quels sont les autres résultats importants ?</p>	<p>La prévalence de la dysphagie chez les résidents participant à l'étude était de 12,8 %. Pour identifier les facteurs associés à la dysphagie, les principales caractéristiques sociodémographiques, fonctionnelles et cliniques des résidents avec et sans dysphagie au départ ont été comparées (tableau 1). Aucune différence n'a été constatée en ce qui concerne les caractéristiques sociodémographiques.</p> <p>Au contraire, les conditions cliniques et fonctionnelles des sujets atteints de dysphagie étaient plus altérées</p> <p>49,7 % des résidents (n 1/4 741) ont eu besoin d'une aide à l'alimentation. En particulier, 84% des patients dysphagiques ont eu besoin d'une assistance alimentaire contre 45% des patients non dysphagiques.</p> <p>Lors de l'analyse univariée, les résidents atteints de dysphagie avaient une mortalité plus élevée que les sujets non dysphagiques (OR 1,59, IC 95 % 1,21-2,09). L'analyse multivariée a montré que les RSN atteints de dysphagie présentaient un risque de mortalité 37 % plus élevé (OR 1,37, IC à 95 % 1,00-1,88) dans un modèle ajusté en fonction de l'âge, du sexe, de la fonction cognitive (CPS), de l'état fonctionnel (ADL), du score CIRS et des maladies chroniques, c'est-à-dire la démence, la bronchopneumopathie chronique obstructive, l'insuffisance cardiaque congestive, la coronaropathie, la maladie de Parkinson, la maladie cérébrovasculaire, le diabète, l'insuffisance rénale, le cancer et la dépression.</p> <p>L'analyse multivariée a confirmé que la dysphagie n'était pas un facteur de risque indépendant d'hospitalisation des résidents (OR 0,98, IC 95 % 0,69-1,36).</p> <p>La mortalité n'était pas significativement plus élevée chez les résidents dysphagiques traités par AN (alim entérale/parentérale) par rapport à ceux traités par régime alimentaire modifié (39,4 % et 25,3 %, respectivement, P 1/4 ,13). Le risque de mortalité n'était pas augmenté chez les sujets dysphagiques sous régime modifié lorsqu'ils étaient comparés aux résidents non dysphagiques (données non présentées). Au contraire, la dysphagie était associée à un risque de mortalité plus élevé chez les résidents traités par alimentation artificielle (tableau 3)</p> <p>Les sujets dysphagiques traités par nutrition artificielle ont connu une perte de poids plus fréquente au cours des 6 mois précédents (40,0 % contre 9,7 % ; P 1/4 ,0001) et avaient une prévalence plus élevée de PU (45,5 % contre 17 % ; P 1/4 ,0001) au départ. Au cours d'une période de suivi de 12 mois, la prévalence de la perte de poids chez les résidents dysphagiques traités par alimentation artificielle a diminué de 16,7 % au départ à 6,3 % et, dans la même période, la prévalence des escarres a été</p>
---	---

	<p>réduite de 35 % à 20 %.</p> <p>Chez les résidents dysphagiques nourris par régime modifié pendant le suivi d'un an, la prévalence de la perte de poids a légèrement augmenté (7,2 % au départ, 9,4 % après un an), tandis que la prévalence des escarres a diminué de 13,3 % à 12,4 %. Cependant, les différences entre les 2 groupes n'étaient pas significatives, probablement en raison du faible nombre de résidents ayant survécu à la période de suivi.</p>
--	--

## 2.3. Discussion

### 1. Résumé des résultats

<p>Un résumé des résultats est-il présenté ? Si oui, que contient-il ?</p>	<p>Cette étude a examiné la prévalence, la gestion et les résultats de la dysphagie chez les personnes âgées vivant dans des maisons de retraite italiennes</p> <p>Après une évaluation clinique, 12,8 % des personnes âgées participant à l'étude ont été identifiées comme dysphagiques. Les difficultés de déglutition ont été traitées par l'alimentation artificielle chez 16% des sujets et par un régime alimentaire à texture modifiée chez les 84% de résidents restants. La dysphagie était associée à un risque de mortalité accru chez les résidents dysphagiques traités par alimentation artificielle. La dysphagie n'était pas associée à un risque accru d'hospitalisation, mais elle était associée à une prévalence plus élevée de perte de poids et d'escarres.</p> <p>La prévalence de la dysphagie constatée dans notre étude se situe dans la fourchette inférieure des chiffres rapportés dans des enquêtes antérieures réalisées dans des maisons de soins infirmiers, en particulier lorsque la dysphagie était évaluée par des examens instrumentaux</p> <p>La prévalence de l'alimentation artificielle chez les résidents dysphagiques constatée dans cette étude est comparable aux données trouvées dans la littérature qui rapporte des chiffres compris entre 7,5 % et 40 %.</p> <p>Dans notre étude, la corrélation entre la dysphagie et la mortalité a été constatée exclusivement chez les résidents traités par alimentation artificielle, dont les conditions cliniques et fonctionnelles au départ étaient gravement altérées.</p> <p>Contrairement à toutes ces études, dans notre étude nous n'avons pas trouvé de corrélation entre la dysphagie et les hospitalisations, bien que les résidents traités par alimentation artificielle aient une probabilité plus élevée d'hospitalisation par rapport aux sujets non dysphagiques. Il est possible que le faible nombre d'événements dans ce groupe nous ait empêchés de trouver une différence significative.</p> <p>La prévalence élevée de la perte de poids et des escarres chez les résidents atteints de dysphagie pourrait être liée à leur état clinique déficient</p> <p>84 % des patients dysphagiques ont eu besoin d'une aide pour s'alimenter. Puisqu'il a été démontré que la majorité des résidents ne reçoivent pas une assistance adéquate de la part du personnel pour s'alimenter,<sup>41</sup> il est concevable qu'une assistance alimentaire inadéquate ait pu contribuer à la prévalence élevée de perte de poids et d'escarres chez les sujets dysphagiques ayant une alimentation à texture modifiée. De plus, nos résultats ne montrent pas que l'alimentation artificielle réduit la perte</p>
--	--

	de poids et la prévalence des escarres chez les sujets âgés atteints de dysphagie par rapport au régime à texture modifiée.
Comment la recherche répond-elle à l'objectif visé ou à l'hypothèse de départ ?	Une déficience cognitive est significativement présente chez 89,4% des personnes atteintes de dysphagie et que leur état nutritionnel s'est péjoré davantage par comparaison aux résidents non dysphagiques (14,1% contre 6,3%). Entre autres, les résultats ont montré que les personnes atteintes de dysphagie avaient un plus grand risque d'escarres et que le taux de mortalité est plus élevé comparativement aux personnes non dysphagiques.
<b>2. Liens avec les autres auteurs</b>	
Comment les résultats se rattachent-ils à d'autres études (similitudes, différences,..)	<p>Les auteurs comparent leurs chiffres et résultats dans le autre réétudes.</p> <p>Différents auteurs ont signalé un taux de mortalité plus élevé chez les patients atteints de démence et de dysphagie, principalement en raison des complications causées par la dysphagie, c'est-à-dire les déficits nutritionnels et la pneumonie d'aspiration.</p> <p>Une mortalité plus élevée chez les sujets dysphagiques traités par alimentation artificielle a été signalée par Mitchel et al, qui ont constaté que les résidents alimentés par sonde avec des difficultés de mastication et de déglutition avaient un taux de mortalité à un an significativement plus élevé que ceux sans sonde d'alimentation</p> <p>Cintra et al ont également constaté que l'utilisation de l'alimentation artificielle chez les patients atteints de démence avancée et de dysphagie était associée à un risque accru de décès, tandis que Cowen et al ont constaté une mortalité plus élevée chez tous les patients - qu'ils soient alimentés par PEG ou par la bouche - présentant des études de déglutition gravement anormales.</p> <p>Les données disponibles montrent que la dysphagie est également corrélée au risque d'hospitalisation. Cabrè et al ont réalisé une étude sur 2359 patients très âgés, qui ont été suivis pendant une moyenne de 24 mois, et ont trouvé un effet indépendant de la DO sur l'hospitalisation pour une pneumonie par aspiration ou non. Perez et al ont également trouvé que les hospitalisations d'urgence pour des infections respiratoires sont particulièrement fréquentes chez les sujets avec des troubles cognitifs qui ont besoin de soutien au moment des repas, y compris ceux avec une dysphagie. Cintra et al ont trouvé une incidence élevée de pneumonie par aspiration causant des hospitalisations à la fois chez les patients dysphagiques alimentés par sonde et dans le groupe d'alimentation orale, sans différences significatives entre les 2 groupes.</p>
<b>3. Recommandations ou suggestions</b>	



Quelles recommandations ou étapes futures sont-elles proposées ? Pour la pratique ? Pour la recherche ?	Des populations plus importantes devraient être recrutées à l'avenir afin de mieux comprendre la relation entre les stratégies nutritionnelles adoptées chez les résidents dysphagiques très âgés et fragiles et les résultats cliniques, en particulier la perte de poids et les escarres.
Comment les suggestions-recommandations peuvent-elles s'appliquer dans la pratique clinique ?	/
<b>4. Limites de la présente étude</b>	
Quelles sont les limites/biais de l'étude ?	Premièrement, la méthodologie utilisée pour le diagnostic de la dysphagie. Dans cette étude, l'évaluation clinique de la dysphagie a été effectuée dans le cadre de l'évaluation clinique. Cela pourrait expliquer, au moins partiellement, le faible taux de prévalence de la dysphagie que nous avons constaté chez les résidents. De nombreux outils simples peuvent être utilisés pour dépister et évaluer la dysphagie, mais l'évaluation instrumentale permettrait certainement un diagnostic plus précis et une estimation plus fiable de la gravité de la dysphagie. Deuxièmement, dans cette étude, nous avons mesuré exclusivement la perte de poids des résidents, alors que l'évaluation de l'état nutritionnel devrait être effectuée à l'aide d'un ensemble plus complet d'outils validés de dépistage et d'évaluation

## 2.4. Conclusions

### 1. Retour sur l'objectif, question, hypothèse

De quelle manière la recherche a-t-elle répondu à l'objectif visé ?	<p>La dysphagie est fréquente chez les résidents des maisons de retraite, et elle est associée à une mortalité plus élevée. Par conséquent, le diagnostic précoce et la gestion optimale de la dysphagie devraient devenir une question prioritaire dans les maisons de soins infirmiers</p> <p>La dysphagie est fréquente dans les EMS et elle est associée à des résultats négatifs, à savoir une mortalité plus élevée, chez les patients traités par alimentation artificielle, et une prévalence plus élevée de perte de poids et d'escarres. Par conséquent, le diagnostic précoce et la prise en charge optimale de la dysphagie devraient devenir une question prioritaire dans les maisons de retraite</p>
<b>2. Principaux résultats</b>	
Quels sont les principaux résultats significatifs de la démarche ?	Voir résultats significatifs.

### 3. Références

- Tétreault, S., Sorita, E., Ryan, A., & Ledoux, A. (2013). *Guide francophone d'analyse systématique des articles scientifiques (GFASAS)*. Laval, Québec : (s.n.).
- Tétreault, S., Sorita, E., Ryan, A., & Ledoux, A. (2014). *Guide pour analyser les articles scientifiques et maximiser sa lecture - Guide francophone d'analyse systématique des articles scientifiques (GFASAS)*. Laval, Québec : (s.n.). Dans S. Tétreault & P. Guillez (Éds), *Guide pratique de recherche en réadaptation* (1<sup>re</sup> éd., p. 545). Louvain-la-Neuve, Belgique : De Boeck, Noto.
- Jukic Peladic, N., Orlandoni, P., Dell'Aquila, G., Carrieri, B., Eusebi, P., Landi, F., ... Cherubini, A. (2019). Dysphagia in Nursing Home Residents: Management and Outcomes. *Journal of the American Medical Directors Association*, 20(2), 147–151. <https://doi.org/10.1016/j.jamda.2018.07.023>

## Grille de Tétreault – Article 6

### 1. Parties communes à tous les articles

#### 1.1. Identification de l'article et du résumé

1. Titre	
Titre (noter le titre)	Understanding the dining experience of individuals with dysphagia living in care facilities : a grounded theory analysis
Thèmes abordés	Comprendre l'expérience culinaire des personnes atteintes de dysphagie vivant dans des établissements de soins : une analyse théorique fondée
Le titre réfère-t-il à une population précise ou à une question pertinente, si oui, laquelle ou lesquelles	La population visée est les personnes atteintes de dysphagie vivant dans des établissements de soins
2. Auteurs	
Auteurs (noter les auteurs)	Samantha E. Shune <sup>1,2</sup> Deanna Linville <sup>3</sup>
Préciser leur rattachement, institution, lieu de travail, pays	<sup>1</sup> Communication Disorders and Sciences, University of Oregon, United States <sup>2</sup> 249 HEDCO Education Building, 5284 University of Oregon, Eugene, OR, 97403-5284, United States <sup>3</sup> Couples and Family Therapy, University of Oregon, United States
3. Mots clés	
Mots clés (noter les mots clés)	Mouvement de changement de culture ; dysphagie ; modèles écologiques ; Temps de repas ; maisons de retraite ; soins centrés sur la personne ; recherche qualitative
4. Résumé	

Décrire brièvement les objectifs, la méthodologie, les résultats	<p>L'objectif de cette étude était d'explorer l'expérience et de définir une restauration réussie et centrée sur la personne pour les résidents atteints de dysphagie. La méthodologie de la théorisation enracinée a guidé 21 entretiens semi-structurés de 60 à 90 minutes avec des participants de 7 groupes de parties prenantes, y compris des résidents, des membres de la famille et du personnel infirmier, diététique et thérapeutique. Les auteurs ont utilisé une approche systématique et itérative pour toute collecte de données, analyse et génération de théorie.</p> <p>Une théorie a émergé des données, soulignant comment <b>l'individualisation et la socialisation sont les principaux moteurs de l'amélioration des expériences culinaires et de la réussite des repas des résidents</b>. De plus, les auteurs ont identifié plusieurs facilitateurs et obstacles à la réussite de la restauration pour résidents :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- L'orientation des soins</li> <li>- L'importance des liens sociaux positifs</li> <li>- Des membres de l'équipe de soins investis, compétents et conscients</li> </ul> <p>L'orientation des soins a suggéré que l'individualisation des soins (qui favorise la qualité de vie des résidents) est un facteur clé d'expériences culinaires réussies. Finalement, un <u>modèle socio-écologique</u> pour un repas réussi avec dysphagie est proposé : L'optimisation de la santé et du bien-être de ces résidents grâce à des expériences culinaires réussies nécessite des <b>soins collaboratifs et coordonnés</b> afin <b>d'aborder une variété de facilitateurs et d'obstacles interdépendants au niveau individuel, interpersonnel et organisationnel</b>.</p>
--	--

## 1.2. Introduction

1. Pertinence	
Est-ce que la justification de l'étude repose sur des constats théoriques, des observations, des faits ou des données statistiques ?	La justification de l'étude repose sur des constats théoriques.
2. Originalité	

Comment l'auteur explique-t-il l'originalité de la démarche ?	<p>Au-delà des résidents, de multiples perspectives disciplinaires sont impliquées, telles que le personnel infirmier, diététique et thérapeutique. Il n'est ni approprié ni faisable de mettre en œuvre des changements liés à la restauration qui améliorent les aspects de la restauration pour un groupe d'intervenants au détriment d'un autre. Une reconnaissance insuffisante des opinions et des responsabilités professionnelles de tous les membres de l'équipe lors de la conception des initiatives d'éducation et de programme peut conduire à des échecs de changement de politique et de pratique.</p> <p>Des recherches antérieures soulignent le besoin de changement au niveau de la gestion et de la prestation de services, afin d'améliorer l'organisation et le soutien du personnel. Il est donc crucial de <b>tenir compte de la nature interdisciplinaire de la restauration</b> et de développer des programmes d'amélioration de la restauration qui sont façonnés par des perspectives communes concernant les obstacles et les facilitateurs. Les recherches sur les points de vue <i>partagés</i> entre les parties prenantes sont rares, en particulier lorsqu'elles se concentrent sur les défis uniques des personnes atteintes de dysphagie. Pour que les chercheurs et les prestataires de services ciblent efficacement les améliorations liées à la restauration, du développement à la mise en œuvre et à la durabilité, il est nécessaire de prendre en compte la complexité des heures de repas selon toutes les parties prenantes.</p>
<b>3. Plan de l'article</b>	
Le plan est-il précis, logique et détaillé ? Les étapes à venir sont-elles bien précisées ?	Aucun plan n'est proposé par les auteurs.
Quels sont les objectifs, les questions de recherche ?	Le but de la présente étude était d'identifier les points de vue partagés concernant l'expérience et la définition d'un repas réussi et centré sur la personne pour les résidents atteints de dysphagie, tels que rapportés dans les principaux groupes d'intervenants. De plus, les auteurs ont cherché à conceptualiser les thèmes de données dans le cadre d'une théorie émergente pouvant les aider à élucider la nature multiforme des pratiques de repas pour la conception de futures interventions.

### 1.3. Recension des écrits scientifiques ou présentation des concepts théoriques

#### 1. Modèle théorique

Un modèle théorique, cadre conceptuel ou explication sont-ils proposés ? Si oui, lesquels ?	Aucun modèle théorique n'est proposé dans la recension des écrits scientifiques par les auteurs.
Comment le modèle théorique, cadre conceptuel est-il justifié ?	/
<b>2. Limites des écrits</b>	
Préciser les limites ou contraintes provenant d'autres auteurs	Aucune limite n'est abordé ici par les auteurs.

## 2. Article portant sur une étude qualitative

### 2.1. Méthodologie

<b>1. Question de recherche</b>	
Précision des composantes de la question	L'expérience des repas des personnes atteintes de dysphagie vivant dans des établissements de soins : exploration large des expériences liées à la restauration des résidents et des soignants formels et informels.
<b>2. Devis</b>	

Quel est le devis de l'étude ?	Le devis de cette étude qualitative est la théorisation enracinée.
Le devis est-il bien détaillé ?	Oui.
Quelle est la cohérence du devis avec la thématique ?	Les auteurs ont utilisé une conception qualitative guidée par une théorie ancrée pour contribuer à leur compréhension théorique du « dîner réussi », en particulier pour les personnes atteintes de dysphagie.
Précision du rôle du chercheur	Le chercheur principal et un assistant de recherche ont recueilli les données. Le chercheur, orthophoniste agréé et licencié et membre du corps professoral de niveau doctoral de l'université locale, et l'assistant de recherche, un étudiant post-baccalauréat, n'avaient aucune affiliation avec les établissements de soins. Le chercheur et les 20 participants ne se connaissaient pas avant l'étude. Le chercheur connaissait un des participants en orthophonie sur le plan professionnel ; cependant, d'après les commentaires de l'assistant de recherche, qui ne connaissait aucun des participants, cette entrevue n'était pas différente des autres.
De quelle façon les règles éthiques sont-elles respectées ?	Le comité d'examen institutionnel de l'établissement participant a approuvé toutes les procédures d'étude.
Quels sont les outils pour la collecte des informations ?	Ils ont utilisé une approche systématique itérative de la collecte et l'analyse des données et du développement de la théorie.
Comment se déroule la collecte des données ?	Les informations concernant la collecte des données se trouvent plus bas dans la grille.
<b>3. Sélection des participants ou objets d'étude</b>	

<p>Y a-t-il des critères de sélection ou d'exclusion ? Si oui, préciser lesquels</p>	<p>Pour mieux saisir une variété d'opinions, les critères d'inclusion étaient larges. Les résidents atteints de dysphagie devaient :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Avoir plus de 60 ans</li> <li>- Participer au repas (c'est-à-dire ne pas recevoir de nutrition entérale complète)</li> <li>- Vivre dans l'établissement pendant au moins deux semaines.</li> </ul> <p>Compte tenu des objectifs de l'étude et de la nécessité d'obtenir des informations descriptives fiables des participants, les résidents ayant des difficultés langagières ou cognitives sévères n'étaient pas éligibles. Les participants restants devaient avoir plus de 18 ans. Les membres du personnel pouvaient avoir un certain nombre d'années d'expérience.</p> <p>L'équipe de recherche a recruté <b>21 participants</b> dans sept groupes d'intervenants, en utilisant des techniques d'échantillonnage raisonné : 3 résidents atteints de dysphagie ; 3 membre de la famille ; 3 infirmières ; 3 aides-infirmières ; 3 personnes faisant partie du personnel diététique ; 3 orthophonistes ; 3 ergothérapeutes.</p> <p>Bien que non exhaustifs, ces groupes représentent les principales personnes impliquées et/ou investies dans le processus de restauration des résidents.</p> <p>La majorité (n = 18) des participants étaient affiliés à un seul établissement de soins du Pacifique Nord-Ouest, tandis que les autres participants (n = 3) étaient affiliés à trois établissements différents de la même région. Les participants à l'entrevue ont reçu une compensation de 40 \$. Les auteurs ont largement recruté des participants jusqu'à ce qu'ils aient atteint la suffisance théorique du processus d'analyse des données. Cependant, comme l'étude actuelle visait à explorer les points communs partagés <i>entre</i> /les groupes concernant les opinions sur les heures de repas des personnes atteintes de dysphagie, ils ont échantillonné de manière égale tous les groupes d'intervenants afin de regrouper toutes les données. Ainsi, une fois la suffisance théorique atteinte, ils ont continué à recruter uniquement dans les groupes qui comptaient moins de participants.</p>
<p><b>4. Choix des outils de collecte d'information</b></p>	
<p>Est-ce que les outils de collecte d'information sont décrits de façon précise ? Si oui, quels sont-ils ?</p>	<p>Oui, l'enquêteur a mené des entretiens semi-structurés et approfondis de 60-90 minutes qui ont été enregistrés sur vidéo. Des guides d'entrevue spécifiques à chaque groupe d'intervenants ont été utilisés et ont servi de cadre aux conversations.</p>



<p>Comment se réalise concrètement la collecte des données ? À quelle fréquence ?</p>	<p>L'enquêteur a posé des questions génératives sur les comportements, les besoins, les objectifs et les obstacles liés à la restauration qui peuvent influencer les comportements. Les questions étaient délibérément ouvertes pour permettre un large éventail de réponses et l'intervieweur a utilisé des questions d'approfondissement adaptées selon les besoins.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- <u>Lieu</u> : L'équipe de recherche a rencontré les participants dans des endroits qu'ils préféraient (une salle privée de l'établissement, au domicile des participants). Seuls le participant, le chercheur et l'assistant de recherche étaient présents lors des entretiens.</li> <li>- <u>Collecte et analyse des données simultanées</u> : Conformément aux méthodes théoriques fondées, les auteurs ont <b>utilisé la collecte et l'analyse de données simultanées</b>. L'assistant de recherche a pris des notes de terrain détaillées ; les <b>entretiens et les notes</b> de terrain ont tous deux été considérés comme des sources principales de données. En outre, des <b>mémos analytiques ont été rédigés</b> par le chercheur et l'assistant de recherche tout au long du processus de collecte de données, afin de capturer davantage de nouvelles connaissances théoriques, des questions sans réponse ou des idées qui nécessitaient plus d'exploration. Ainsi, les questions d'entrevue ont été modifiées de manière récursive en fonction de thèmes émergents à différentes étapes de la collecte de données et partiellement dérivées de notes de terrain et de notes analytiques.</li> <li>- <u>Transcription des entretiens</u> : Les entretiens ont été transcrits textuellement selon un processus en trois étapes. <ul style="list-style-type: none"> <li>• Tout d'abord, les parties audios des entrevues ont été transcrites.</li> <li>• Ensuite, le transcripteur a ajouté des gestes qui ont contribué à un contenu unique (par exemple, des expressions faciales indiquant le mécontentement) et a apporté des corrections au contenu audio de la transcription.</li> <li>• Enfin, un deuxième transcripteur a regardé la vidéo pour générer une transcription finale reflétant les éventuelles corrections.</li> <li>• Une discussion entre les deux a eu lieu au besoin. Grâce à la rédaction de mémos, les transcripteurs ont écrit leurs pensées et leurs connexions théoriques émergentes.</li> </ul> </li> <li>- <u>Atteinte de la suffisance théorique</u> : La collecte des données s'est poursuivie jusqu'à ce que la suffisance théorique soit atteinte. Compte tenu de l'accent mis sur des points de vue partagés plutôt que sur des différences individuelles ou de groupe, nous avons cherché à atteindre la suffisance théorique au lieu de la saturation théorique, car nous ne pouvons pas prouver que nous avons atteint une véritable saturation théorique dans tous les groupes. En d'autres termes, nous avons déterminé que nous avons atteint notre objectif de suffisance théorique, ou une compréhension suffisamment approfondie pour permettre le développement de la théorie, alors qu'il n'y avait pas de nouveaux thèmes suggérés émergeant des données.</li> </ul>
<p style="text-align: center;"><b>5. Méthode d'analyse des données</b></p>	

Quelle est la méthode d'analyse utilisée ?	<p>L'équipe d'analyse a analysé les données à l'aide de méthodes de comparaison constantes décrites par Glaser et Strauss (1967) , ce qui leur a permis de faire des comparaisons à chaque étape de l'analyse.</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Tout d'abord, ils ont analysé manuellement les données écrites ligne par ligne pour développer un premier ensemble de codes ouverts. Tout au long des deux premières étapes de l'analyse, ils ont utilisé des <b>processus de codage axial</b> pour identifier les relations entre les codes ouverts, en fusionnant les concepts connexes en catégories et en adaptant de manière itérative notre schéma de codage. L'une des principales stratégies qu'ils ont utilisées au cours de cette phase d'analyse des données était d'écrire des récits analytiques pour mémos, ce qu'il leur a offert une méthode plus pratique pour assembler les pièces du puzzle théorique.</li> <li>2. Ils ont réanalysé les transcriptions, les notes analytiques et les notes de terrain à chaque étape pour explorer davantage les idées émergentes liées à la définition, aux facilitateurs et aux barrières d'un repas réussi pour les résidents atteints de dysphagie.</li> <li>3. Dans la dernière étape de l'analyse, ils ont utilisé des techniques de codage théoriques et examiné de manière cohérente le sens des thèmes émergents dans les transcriptions, ce qui a permis aux membres de l'équipe de tisser des idées et des expériences entre les groupes de parties prenantes. La dernière catégorie centrale et la théorie ancrée/enracinée ont émergé au cours de cette dernière étape de l'analyse. Tout au long du processus, ils ont identifié des citations pertinentes des transcriptions qui illustrent la théorie émergente et ses catégories associées.</li> </ol>
Qui procède à l'analyse ?	L'équipe d'analyse des données est composé du chercheur et d'une équipe de 4 assistants de recherche.
Quel est le logiciel utilisé ?	Ils sont décrit ci-dessus.
Comment se fait la validation des données ? Y a-t-il des précisions sur la triangulation des données ? Si oui lesquelles ?	L'équipe de recherche a assuré la fidélité des données en effectuant plusieurs étapes. Par exemple, pour promouvoir la fiabilité et la fiabilité des résultats, ils se sont engagés dans des comptes rendus hebdomadaires par les pairs et la création d'une piste d'audit, ou un processus étape par étape de procédures de collecte et d'analyse des données. De plus, pour accroître la fiabilité des résultats, l'équipe d'analyse des données a coordonné et harmonisé les idées tout au long du processus de codage, ce qui a permis de créer une interprétation partagée des données. De même, ils ont utilisé des techniques d'écoute réflexive et de synthèse tout au long des entretiens pour garantir l'exactitude des données.

## 2.2. Résultats

### 1. Description des résultats

Comment les résultats sont-ils présentés ?

La théorie centrale émergente a été proposée sous forme de schéma. Ensuite, les résultats sont proposés à travers 4 thèmes catégoriels interdépendants.

Que ressort-il de l'analyse (description des résultats de l'étude)

La théorie centrale qui a émergé dans tous les récits des participants était : « se concentrer sur la personne : individualisation et socialisation pendant les repas ».

En effet, les résidents atteints de dysphagie affirment que pour réussir à manger, il faut que les **résidents soient valorisés en tant qu'individus ayant leurs propres besoins individuels**. Ils ajoutent qu'ils veulent que **les repas soient reconnus comme une expérience intimement sociale en soi**, un sentiment partagé par le personnel de l'établissement.

4 thèmes catégoriels interdépendants ont émergé des données qui mettent en évidence les facteurs qui définissent, facilitent et/ou entravent une telle individualisation et socialisation :

1. **Priorité des questions de soins** (l'orientation des soins est importante) :

- Les participants ont souligné que l'objectif des soins importait : lorsque les membres de l'équipe se concentraient sur l'individualisation des soins aux résidents, cela menait à des expériences culinaires plus fructueuses et à la promotion de la qualité de vie.
- plutôt que de se concentrer sur l'optimisation des capacités de déglutition, le succès du repas était plus souvent défini en termes d'amélioration de l'activité/participation au processus du repas grâce à la réalisation de soins individualisés.
- C'était également important pour notamment construire une alliance thérapeutique, mais aussi pour fixer des objectifs réalistes liés aux repas qui prenaient en compte les préférences des patients.
- Les participants ont donc considéré que les repas réussis dépendaient du respect du choix des résidents, ce qui définit les soins individualisés.
- La médicalisation des soins aux résidents était considérée comme obstacle majeur, nuisant à l'individualisation et la normalité de l'expérience culinaire partagée. En d'autres termes, les participants ont apprécié les soins individualisés car non seulement ils reconnaissent chaque résident comme une personne unique, mais également car ils reconnaissent que le but des soins n'est pas toujours médical. L'objectif des soins au moment du repas n'est pas simplement de faire un travail (ex. passer des médicaments) mais plutôt de vivre le repas.
- Les participants soulignent l'importance de la connaissance des préférences alimentaires. En effet, d'une part le choix en matière de repas est plus restreint, et d'une autre part, parfois les repas choisis n'étaient manifestement pas choisis par les résidents eux-mêmes (« réduire en purée ce qui est le plus facile à réduire en purée »)

2. **Le succès d'un repas nécessite des relations sociales positives :**

- Étant donné le rôle fondamental que jouent les repas dans la facilitation des relations sociales, il est logique que la connexion

	<p>sociale, essentielle à un repas réussi, ait émergé lors de l'étude. L'importance des liens sociaux positifs pour les résidents dysphagiques est donc soulignée pour définir une expérience culinaire réussie.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Les résidents souhaitaient manger en bonne compagnie et être entre amis car ils considéraient les aspects sociaux de l'heure des repas plus essentiels pour le bien-être général que la sécurité.</li> <li>- Les membres du personnel les plus investis ont également contribué à nourrir le sentiment de communauté partagée en se souciant davantage des résidents. De plus, plus le personnel était engagé avec les résidents, plus ils en savaient sur les préférences des résidents en matière de repas.</li> <li>- De même pour les membres de la famille, il pourraient jouer un rôle important dans l'amélioration des aspects sociaux de la restauration par des petits actes d'individualisation (ex : appeler les résidents par leur nom).</li> <li>- L'accentuation des différences entre les résidents a été identifiée comme un obstacle à la réussite d'un repas. Les résidents voulaient se sentir inclus. Mais les aspects de leurs soins qui mettaient en évidence les différences, comme recevoir des aliments différents ou peu attrayants, les laissaient se sentir isolés de leurs amis. Les éléments spécifiques à la dysphagie (par exemple, les aliments à texture modifiée) ont donc eu une influence négative non seulement sur la nourriture, mais, aussi sur les expériences sociales des repas.</li> </ul> <p><b>3. <u>Les membres de l'équipe doivent être investis, conscients, sensibilisés, et bien informés :</u></b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Lorsque les membres de l'équipe étaient investis, conscients et bien informés, les résidents semblaient avoir des expériences plus individualisées et plus fructueuses. Ces éléments sont donc des facteurs facilitateur d'expériences positives au moment des repas. Plus simplement, ce sont des facteurs cruciaux pour un repas réussi. Le fait que les membres du personnel puissent voir et interagir avec le résident en tant que personne et non pas en tant qu'individu dysphagique a été très apprécié.</li> <li>- Cet investissement accru du personnel était directement lié à une plus grande attention, ce qui a contribué à cultiver un sentiment de communauté partagée. De plus, cela semble également être lié à une satisfaction et un plaisir professionnel accru.</li> <li>- Les préférences des résidents concernant les heures de repas, ainsi que les stratégies de sécurité contre la dysphagie, pourraient être plus facilement prises en compte lorsque le personnel prenait le temps d'observer et de communiquer.</li> <li>- Les soignants et les résidents s'accordent également sur l'importance de reconnaître le type d'aliments apprécié ou non par les résidents, les tailles de portions préférées et le lieu de restauration typique. La communication est donc apparue comme un autre élément clé d'un repas réussi.</li> <li>- Il était important également que tous les membres de l'équipe, les résidents et les familles soient conscients des restrictions et des changements alimentaires. C'est pourquoi les participants ont décrit à quel point il était crucial qu'il y ait un processus</li> </ul>
--	--

	<p>de partage d'informations efficace et efficient.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Les participants ont identifié le manque de formation, de connaissances et de croyances antérieures « interférentes » comme des obstacles à des expériences culinaires réussies pour les résidents. Une formation et des connaissances plus approfondies liées à la dysphagie sont donc apparues comme étant nécessaires pour mieux individualiser les soins. Il était nécessaire d'équilibrer la reconnaissance des risques accrus pour la sécurité et des signes communs associés à la dysphagie tout en reconnaissant que chaque individu a des besoins et des présentations uniques</li> <li>- Finalement, les soignants qui ont fait preuve d'investissement et de soins, qui ont maintenu une bonne communication et qui possédaient les connaissances et la formation appropriées ont été en mesure de placer le «résident en tant qu'individu» plutôt que la «dysphagie en tant que diagnostic» comme centre de soins.</li> </ul> <p>4. <b>Malgré des intentions positives, des barrières structurelles et organisationnelles existent :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Des barrières structurelles et organisationnelles externes ont été identifiées par la majorité des participants qui menaçaient la capacité des repas et des activités liées à la dysphagie à se concentrer sur l'individualisation et la socialisation. Ces barrières thématiques comprenaient : <ul style="list-style-type: none"> <li>• Les établissements de soins manquant de ressources</li> <li>• L'apparence et le goût des aliments n'étant pas souhaitables</li> <li>• Les restrictions imposées aux établissements de soins par les organismes de réglementation</li> </ul> </li> <li>- Ces barrières ont agi en opposition directe avec la «concentration sur la personne» qui s'est avérée cruciale pour des expériences de repas réussies. Les participants, en particulier le personnel, ont été confrontés à la nécessité d'équilibrer les désirs des résidents et leurs besoins individualisés avec les exigences réglementaires et les politiques mises en œuvre pour protéger l'aspect commercial des foyers de soins.</li> <li>- La majorité du personnel souhaitait être en mesure de faire plus que le «strict minimum», reconnaissant que le fait d'avoir plus que ce qui est légalement mandaté serait bénéfique pour l'ensemble des soins aux patients. Malheureusement, beaucoup ont déclaré avoir l'impression que plus de responsabilités sont confiées avec moins de ressources fournies.</li> </ul>
--	---

## 2.3. Discussion

### 1. Résumé des résultats

Un résumé des résultats est-il présenté ? Si oui, que contient-il ?

Oui. À travers les récits des participants à l'étude, les concepts d'**individualisation** et de **socialisation** sont apparus comme étant au cœur des heures de repas pour les personnes atteintes de dysphagie. Des facilitateurs importants sont apparus, telles que la modification de l'orientation des soins, la culture de la communauté et l'augmentation de l'investissement du personnel. Les participants à l'étude ont également identifié des obstacles tels qu'une formation / connaissances inadéquates et des croyances biaisées qui empêchaient les soignants de fournir des soins compétents et attentionnés.

La concentration des soins sur la personne par l'individualisation et la socialisation est apparue comme une activité incroyablement complexe, influencée par des facteurs à plusieurs niveaux. Changer efficacement les pratiques de restauration pour les résidents atteints de dysphagie pour mettre l'accent sur l'individualisation et la socialisation nécessite une approche plus globale qui cible systématiquement les mécanismes de changement à ces différents niveaux. Les auteurs ont donc interprété la théorie émergente et le rôle important que jouent les repas pour la santé et le bien-être dans un **modèle socio-écologique de repas réussi avec dysphagie** qui est présenté dans la figure 2 de l'étude. Les modèles écologiques sont des cadres à plusieurs niveaux qui attirent l'attention sur les déterminants individuels et environnementaux du comportement et du changement de comportement. Ils visent à éclairer des approches d'intervention globales qui ciblent systématiquement les mécanismes de changement à plusieurs niveaux d'influence.

Ce **modèle socio-écologique** montre que l'optimisation de la santé et du bien-être des résidents atteints de dysphagie grâce à une restauration réussie nécessite l'exploration des facilitateurs et des obstacles au niveau individuel, interpersonnel et organisationnel, ainsi que les relations entre eux. À travers ce modèle, nous mettons également en évidence les différents acteurs impliqués dans la gestion de la restauration. Autrement dit, les facilitateurs et les obstacles ne se concentrent pas uniquement sur les résidents atteints de dysphagie et leurs déficiences. Sont plutôt inclus les facteurs au niveau individuel liés à la fois au personnel et aux résidents, les facteurs au niveau interpersonnel liés à la communication entre le personnel et les résidents et les facteurs au niveau de l'organisation liés aux règlements, aux politiques et au contexte environnemental dans lequel les repas ont lieu.

Dans le modèle :

- les **thèmes au niveau individuel** incorporaient des aspects de l'investissement du personnel, de la formation, des connaissances et de l'état émotionnel des résidents. Plus fondamentalement, l'investissement et la formation du personnel ont grandement influencé les expériences culinaires des personnes atteintes de dysphagie, car ils ont eu un impact direct sur la capacité et / ou la volonté du personnel d'individualiser les soins et de promouvoir une communauté partagée, ou de se

	<p>concentrer sur la personne. De plus, le bonheur et / ou le bien-être subjectif représentent un besoin humain fondamental. Par conséquent, il n'est pas surprenant que le bonheur lié aux heures de repas ait également été identifié comme un facilitateur de repas réussis pour les résidents atteints de dysphagie.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Les <b>thèmes de niveau interpersonnel</b> liés à la communication, à la bienveillance et à la culture de la communauté, clarifient à quel point des relations sociales efficaces et une communication efficace sont essentielles au processus de restauration, comme en témoigne la construction de notre théorie. La communication est essentielle pour gérer la dysphagie - pour la sécurité, les soins individualisés et la qualité de vie. En outre, les relations sociales entre les résidents et le personnel des maisons de soins infirmiers et entre eux sont cruciales, associées à des améliorations de la qualité de vie et de la survie. Les relations sociales positives aident les résidents à créer un environnement agréable. Les repas sont un moment clé pour l'interaction sociale, c'est pourquoi la promotion d'interactions sociales positives pendant les heures de repas pour les résidents des maisons de soins infirmiers devrait être une priorité.</li> <li>- Les <b>thèmes au niveau organisationnel</b> ont mis en évidence le contraste entre les soins individualisés et médicalisés et les options actuelles - souvent limitantes - en matière d'alimentation, de ressources et de réglementation.</li> </ul>
Comment la recherche répond-elle à l'objectif visé ?	<p>Le but de la présente étude était d'identifier les points de vue partagés concernant l'expérience et la définition d'un repas réussi et centré sur la personne pour les résidents atteints de dysphagie, tels que rapportés dans les principaux groupes d'intervenants. De plus, les auteurs ont cherché à conceptualiser les thèmes de données dans le cadre d'une théorie émergente pouvant les aider à élucider la nature multiforme des pratiques de repas pour la conception de futures interventions.</p> <p>Pour résumer les résultats, les soins aux repas centrés sur la personne nécessitent de conserver le choix et les préférences individuelles, le soutien de l'indépendance, la promotion des interactions sociales et le respect de l'individu. Ensemble, ceux-ci créent une culture de l'heure du repas qui représente une compréhension commune des valeurs et des traditions de l'heure du repas tout en favorisant le libre arbitre des résidents. Pourtant, le soutien de l'organisation et du personnel reste un facteur profondément influent sur l'ensemble du processus de repas.</p> <p>En fin de compte, la mise en œuvre de pratiques de repas centrées sur la personne nécessite un meilleur soutien du personnel, y compris une formation accrue sur la prestation de soins à l'heure des repas, l'importance du côté social des heures de repas et la façon de communiquer avec les résidents ainsi que la présence de plus de personnel. Ces résultats correspondent directement aux principes centraux pour améliorer l'expérience de repas des personnes dysphagiques illustrées dans la théorie actuelle présenté dans la figure 1 et incorporent les multiples facilitateurs et barrières décrits dans le modèle socio-écologique.</p>
<b>2. Liens avec les autres auteurs</b>	



<p>Comment les résultats se rattachent-ils à d'autres études (similitudes, différences, etc.)</p>	<p>Des recherches antérieures ont suggéré que des niveaux plus élevés d'engagement organisationnel sont associés à des perceptions plus favorables de la culture organisationnelle et à une plus grande satisfaction au travail, ce qui est alors significativement lié à une diminution du roulement du personnel des foyers de soins. La diminution de l'éducation et de la formation du personnel a également été associée à un sous-diagnostic et à la reconnaissance de la dysphagie et de ses symptômes, ce qui conduit à des expériences de repas plus négatives. Une formation plus complète pour les infirmières auxiliaires liées à la dysphagie, au-delà des compétences alimentaires de base, a été précédemment recommandée, mais reste clairement une question pertinente comme démontré ici. De plus, les attitudes et les croyances du personnel s'entremêlent avec une conscience réduite. Par exemple, le personnel peut se concentrer sur la «nutrition / hydratation» en tant qu'objectifs principaux liés aux repas, en supprimant les aspects sociaux du partage de «nourriture / boisson». On a constaté que les croyances et les connaissances en matière d'alimentation ont un impact sur l'observance du personnel avec les recommandations relatives à la dysphagie. À l'inverse, la formation du personnel peut promouvoir des attitudes et des connaissances plus positives et centrées sur le patient concernant les heures de repas.</p> <p>Également conforme à la littérature précédente, l'interaction sociale était très appréciée dans l'ensemble de la communauté, entre les résidents et avec le personnel.</p> <p>Le changement ou l'objectif de soins plus orientés vers la personne s'est clairement reflété dans les entrevues avec les participants et est apparu comme une variable clé dans la construction de la théorie. Pourtant, cette suggestion n'est pas nouvelle: des recherches antérieures ont soutenu la création de plans de repas personnalisés lors de l'évaluation. De toute évidence, des obstacles demeurent à la mise en œuvre de soins médicaux individualisés. Les facteurs reflétés dans l'étude actuelle et dans la littérature précédente incluent les pratiques d'alimentation qui continuent de mettre l'accent sur des normes institutionnalisées plus «axées sur les tâches» plutôt que sur des approches «axées sur les résidents», le manque de ressources, le manque de soutien organisationnel et personnel et les obstacles politiques tels que en ce qui concerne les citations. Spécifiques aux résidents atteints de dysphagie, les composantes des soins individualisés, comme l'augmentation du choix de repas, peuvent sembler incompatibles avec ce qui est considéré comme médicalement «sécuritaire» pour un résident.</p> <p>Un corpus croissant de littérature soutient que l'individualisation et l'appartenance, ou les éléments qui ciblent le cœur de la personnalité de tout individu, sont au cœur des soins aux repas pour les résidents des foyers de soins.</p>
<p><b>3. Recommandations ou suggestions</b></p>	

Quelles recommandations ou étapes futures sont-elles proposées? Pour la pratique ? Pour la recherche ?	La plupart des thèmes saillants identifiés ici incorporaient une composante de responsabilité conjointe ou partagée, d'investissement et de participation active. Ensemble, cela soutient le besoin d'aborder la restauration à partir d'une approche plus interdisciplinaire, une suggestion qui a émergé dans l'étude actuelle. Les soins interprofessionnels offrent une grande valeur aux personnes âgées. Ces soins collaboratifs entraînent une réduction de l'utilisation des soins de santé, des coûts et de la gravité des symptômes, tout en améliorant la communication et l'efficacité de la prestation des services. Plutôt que de répartir les éléments de la restauration par discipline, comme c'est le cas pour le modèle de soins actuel (p. Ex., La diététicienne se concentre sur la nutrition, l'orthophoniste se concentre sur la déglutition, l'infirmière se concentre sur l'alimentation), une <b>équipe de restauration pourrait atteindre des objectifs plus globalement significatifs</b> . Cette approche permettrait un processus plus rationalisé (p. Ex., Communication, formation), créerait davantage un sentiment de communauté et, en fin de compte, concentrerait l'attention sur l'expérience culinaire globale. À son tour, cela pourrait aider à démedicaliser l'heure des repas et à améliorer la qualité de vie. L'élaboration et la mise en œuvre d'une telle approche interdisciplinaire devraient être une priorité dans les recherches futures.
Comment les suggestions - recommandations peuvent-elles s'appliquer dans la pratique clinique ?	La réponse potentielle à cette question se trouve dans la case ci-dessus.
<b>4. Limites de la présente étude</b>	
Quelles sont les limites/biais de l'étude ?	Premièrement, cette étude a exclu les résidents qui n'avaient pas la capacité cognitivo-linguistique pour participer aux entrevues. Si ce critère d'exclusion était nécessaire pour permettre l'utilisation d'entrevues approfondies, il est possible que les opinions de cette sous-population aient été représentées avec moins de fiabilité. Cependant, cette population n'a pas été exclue de la discussion et les membres du personnel ont discuté des besoins des résidents atteints de démence plus avancée.. On s'attend donc à ce que les besoins de cette population soient, au moins partiellement, reflétés dans les résultats de l'étude. De plus, un petit nombre d'individus de chaque groupe d'intervenants ont participé, malgré la suffisance théorique des analyses mises en commun effectuées entre les groupes. Enfin, la majorité des participants provenaient de la même communauté générale aux États-Unis et il y avait un manque de variation raciale et ethnique dans l'échantillon; les recherches futures gagneraient à recruter un échantillon plus diversifié.

## 2.4. Conclusion

<b>1. Retour sur l'objectif, question, hypothèse</b>	
De quelle manière la recherche a-t-elle répondu à l'objectif visé ?	Cette étude a répondu à son objectif visé premier, qui était d'explorer l'expérience et de définir la réussite d'un repas centré sur la personne pour les résidents atteints de dysphagie.
<b>2. Principaux résultats</b>	
Quels sont les principaux résultats significatifs de la démarche ?	La théorie construite par les auteurs, « centrée sur la personne : individualisation et socialisation pendant les repas », met en évidence la nécessité de déployer des efforts plus concertés pour améliorer l'expérience des repas des résidents dysphagiques. Le modèle actuel met en évidence la valeur des soins coordonnés de la dysphagie étant donné les multiples niveaux interdépendants qui influencent les résultats. La dysphagie n'est clairement pas seulement une question de déglutition; en fait, très peu de participants ont discuté de cet aspect. Au contraire, la dysphagie englobe également le contexte dans lequel la déglutition se produit. De l'alimentation et de la nutrition à l'interaction sociale et au renforcement de la communauté, les heures des repas sont essentielles au fonctionnement humain. L'impact de la dysphagie sur l'individu va donc bien au-delà de la déficience elle-même et les interventions doivent être globales.

### 3. Références

- Tétreault, S., Sorita, E., Ryan, A., & Ledoux, A. (2013). *Guide francophone d'analyse systématique des articles scientifiques (GFASAS)*. Laval, Québec : (s.n.).
- Tétreault, S., Sorita, E., Ryan, A., & Ledoux, A. (2014). *Guide pour analyser les articles scientifiques et maximiser sa lecture - Guide francophone d'analyse systématique des articles scientifiques (GFASAS)*. Laval, Québec : (s.n.). Dans S. Tétreault & P. Guillez (Éds), *Guide pratique de recherche en réadaptation* (1<sup>re</sup> éd., p. 545). Louvain-la-Neuve, Belgique : De Boeck, Noto.
- Shune, S. E., & Linville, D. (2019). Understanding the dining experience of individuals with dysphagia living in care facilities: A grounded theory analysis. *International Journal of Nursing Studies*, 92, 144–153.  
<https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2019.01.017>

## Grille de Tétreault – Article 7

### 1. Parties communes à tous les articles

#### 1.1. Identification de l'article et du résumé

1. Titre	
Titre (noter le titre)	Temporal associations between caregiving approach, behavioral symptoms and observable indicators of aspiration in nursing home residents with dementia.
Thèmes abordés	Les thèmes abordés dans les titres sont : approche des prestations de soins, les symptômes comportementaux et les indicateurs observables d'aspiration.
Le titre réfère-t-il à une population précise ou à une question pertinente, si oui, laquelle ou lesquelles	La population visée est les résidents d'établissements médico-sociaux atteints de démence.
2. Auteurs	
Auteurs (noter les auteurs)	Gilmore-Bykovskyi, Andrea L. Rogus-Pulia, Nicole

Préciser leur rattachement, institution, lieu de travail, pays	<p>Gilmore-Bykovskyi, A. L. :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. University of Wisconsin-Madison School of Nursing, 701 Highland Ave, Madison, WI 53705 USA</li> <li>2. University of Wisconsin-Madison School of Medicine &amp; Public Health, Department of Medicine, Division of Geriatrics, 750 Highland Ave, Madison, WI 53726, USA;</li> <li>3. William S. Middleton Memorial Veterans Hospital Geriatric Research Education and Clinical Center (GRECC), 2500 Overlook Terrace, Madison, WI 53705, USA;</li> </ol> <p>Rogus-Pulia, N. :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>2. University of Wisconsin-Madison School of Medicine &amp; Public Health, Department of Medicine, Division of Geriatrics, 750 Highland Ave, Madison, WI 53726, USA;</li> <li>3. William S. Middleton Memorial Veterans Hospital Geriatric Research Education and Clinical Center (GRECC), 2500 Overlook Terrace, Madison, WI 53705, USA;</li> <li>4. University of Wisconsin-Madison School of Medicine &amp; Public Health, Department of Surgery, Division of Otolaryngology-Head and Neck, 750 Highland Ave, Madison, WI 53726, USA. Corresponding author: Andrea Gilmore-Bykovskyi, PhD, RN, UW-Madison School of Nursing, 3173 Cooper</li> </ol>
<b>3. Mots clés</b>	
Mots clés (noter les mots clés)	Démence, dysphagie, soins centrés sur la personne, l'heure du repas, symptômes comportementaux
<b>4. Résumé</b>	
Décrire brièvement les objectifs, la méthodologie, les résultats	<p>L'objectif principal est d'examiner les facteurs contextuels pertinents pour les soins au moment des repas dans les EMS tels que : la nature des interactions entre les soins ou l'apparition de symptômes comportementaux liés à la démence. Pour ce faire, une analyse secondaire de données comportementales codées et chronométrées issues de 33 enregistrements vidéos d'interactions au moment du repas entre les résidents du home et les soignants a été faite. Les indicateurs d'aspiration observables étaient significativement plus susceptibles de se produire pendant ou après les actions du soignant centrées sur la tâche plutôt que les actions centrées sur la personne.</p>

## 1.2. Introduction

### 1. Pertinence

Est-ce que la justification de l'étude repose sur des constats théoriques, des observations, des faits ou des données statistiques ?	La justification de cette analyse secondaire repose principalement sur des constats théoriques.
<b>2. Originalité</b>	
Comment l'auteur explique-t-il l'originalité de la démarche ?	<p>D'après les auteurs, les approches standards des actions traitant de la dysphagie peuvent avoir des effets négatifs sur la qualité de vie, entraînant une mauvaise adhésion aux recommandations, peut être difficile à entretenir pour ceux qui ont des problèmes d'attention / perte de mémoire, et dans certains cas, peuvent augmenter le risque de pneumonie. Or, il est de plus en plus reconnu que d'autres facteurs liés à la prestations de soins et contextuels tels que les qualités de l'approche du soignant pendant les repas et la symptomatologie concomitante de la démence peuvent être pertinents pour améliorer la sécurité des patients et les résultats alimentaires chez les patients plus âgés à risque d'aspiration.</p> <p>C'est pourquoi, alors que les relations entre l'approche du soignant, les symptômes comportementaux concomitants et les événements d'aspiration pendant l'aide au repas n'ont pas été examinées, cette étude visent à identifier les associations temporelles entre l'approche du soignant, les symptômes comportementaux et les événements d'aspiration chez des résidents atteints de démence.</p>
<b>3. Plan de l'article</b>	
Le plan est-il précis, logique et détaillé ? Les étapes à venir sont-elles bien précisées ?	Les auteurs ne précisent pas le plan de l'étude.

Quels sont les objectifs, les questions de recherche ?	<p>Les auteurs souhaitent explorer davantage les relations potentielles entre l'approche du soignant, les symptômes comportementaux simultanés et l'aspiration au travers de méthodologies qui facilitent l'exploration des structures temporelles entre ces événements. Les auteurs estiment que les données d'observation séquentielles sont bien adaptés pour aborder de manière fiable la combinaison de comportements verbaux et non-verbaux afin d'établir des relations antécédent-conséquences.</p> <p>C'est pourquoi le but de cette étude vise l'identification des associations temporelles entre l'approche du soignant, les symptômes comportementaux et les événements d'aspiration chez les résidents des maisons de retraites atteints de démence afin de répondre à la question de recherche suivante :  « Quelle est la probabilité que des événements d'aspiration se produisent à la suite d'une action de soignant centrée sur la personne, une action de soignant centrée sur la tâche ou un événement de symptôme comportemental ? »</p>
--	---

### 1.3. Recension des écrits scientifiques ou présentation des concepts théoriques

<b>1. Modèle théorique</b>	
Un modèle théorique, cadre conceptuel ou explication sont-ils proposés ? Si oui, lesquels ?	Aucun modèle théorique ou cadre conceptuel n'est proposé par les auteurs dans cette analyse secondaire.
Comment le modèle théorique, cadre conceptuel est-il justifié ?	Aucun modèle théorique ou cadre conceptuel n'est proposé par les auteurs dans cette analyse secondaire.
<b>2. Limites des écrits</b>	

Préciser les limites ou contraintes provenant d'autres auteurs	Aucune limites des écrits n'est exposé par les auteurs.
--	---

## 2. Article portant sur une étude quantitative

### 2.1. Méthodologie

1. Question de recherche	
Quelles sont les variables importantes ?	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Les variables comportementales de l'approche du soignant</li> <li>2. Les symptômes comportementaux</li> <li>3. Les indicateurs observables d'aspiration</li> </ol>
Les variables importantes sont-elles bien définies ?	<p><b>Les variables comportementales de l'approche du soignant :</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>a. <u>Les actions centrées sur la personne</u> : ces comportements comprennent : s'adapter au rythme du résident, montrer son approbation, son orientation, son regard direct, demander de l'aide / coopération au résident et proposer des choix.</li> <li>b. <u>Les actions centrées sur les tâches</u> : Ces comportements observables comprennent : le dépassement, l'interruption, l'ignorance et le contrôle verbal / physique des actions</li> </ol> <p><b>Les symptômes comportementaux :</b> Ces comportements comprennent : mesure de l'agitation verbale et motrice, de l'agressivité (y compris les menaces verbales et physique envers soi-même / les autres / les biens), et la résistance aux soins (repousser pour éviter des tâches ou des gestes de refus).</p> <p><b>Les indicateurs observables d'aspiration :</b> cas de toux ou d'étouffement pendant ou immédiatement après la déglutition.</p>
Quels sont les questions ou les objectifs de recherche ?	Les objectifs et la question de recherche sont exposés dans la partie 1.2. de cette présente grille.



Des précisions sont-elles données sur la variable indépendante, dépendante ? Lesquelles sont-elles ?	Non.
Quelles sont les hypothèses de recherche ?	Aucune hypothèse de recherche n'est précisé par les auteurs dans la méthode.
<b>2. Devis</b>	
Quel est le devis de l'étude ?	Le devis de cette étude est l'analyse secondaire, un devis d'étude utilisant la corrélation.
Le devis est-il bien détaillé ?	Oui.
De quelle façon les règles éthiques sont-elles respectées ?	Les participants ont obtenu le consentement éclairé d'un tuteur légal. Les auteurs ont ensuite évalué l'accord ou le désaccord de chaque résident. L'étude descriptive et observationnelle primaire a été approuvée par le comité d'examen institutionnel de l'Université du Wisconsin-Madison.
Précision du type de devis ou de la procédure expérimentale	Cette analyse secondaire réexamine les données de l'étude primaire dans le but d'explorer davantage les relations potentielles entre l'approche du soignant, les symptômes comportementaux simultanés et l'aspiration.
Quelles explications sont fournies pour la collecte d'informations ?	Les auteurs de cette analyse secondaire ont enregistré sur vidéo 33 interactions de repas entre 12 résidents atteints de démence et 8 soignants directs des unités de soins de la mémoire dans 2 EMS du Midwest.
<b>3. Sélection des participants ou objets d'étude</b>	
Quelle est la population visée ? est-elle bien définie ?	Oui, la population visée est les résidents d'établissements médico-sociaux atteints de démence.
Comment se réalise la sélection des participants ?	Tous les résidents inscrits à l'étude primaire devaient avoir des diagnostics de démence documentés dans leur dossier médical et nécessiter d'une assistance 1 : 1 pour les soins aux repas. Les participants avaient obtenu un consentement éclairé fourni par un tuteur légal /après quoi l'équipe de l'étude a évalué l'accord / le désaccord des résidents individuels).

Des critères d'inclusion, d'exclusion de l'échantillon sont-ils présentés quels sont-ils ?	La réponse se trouve ci-dessus.
Est-ce qu'il y a une répartition des participants en groupe ? (témoin ou contrôle) comment cette répartition se réalise-t-elle ?	Non.
Précision de la procédure pour faire le choix des participants	Aucune précision sur la procédure de choix n'est décrite par les auteurs, hormis les informations présentent ci-dessus.
Précisions sur la justification de la taille de l'échantillon	Aucune précision n'est décrite par les auteurs concernant la taille de l'échantillon.
<b>4. Choix des outils de collecte d'information</b>	
Les <b>instruments de mesure</b> sont-ils décrits de manière précise ? Quels sont-ils ?	<p>Les observations des enregistrements vidéo ont identifié des codes d'événements chronométrés pour :</p> <p><b>Les variables comportementales de l'approche du soignant :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- <u>Les actions centrées sur la personne</u> : mesurées par le comportement centré sur le patient (« Patient-Centered Behavior Inventory »).</li> <li>- <u>Les actions centrées sur les tâches</u> : mesurés par le comportement centré sur les tâches (« Task-Centered Behavior Inventory »).</li> </ul> <p><b>Les symptômes comportementaux</b> : mesurés par l'échelle de Pittsburgh.</p> <p><b>Les indicateurs observables d'aspiration</b> : cas de toux ou d'étouffement en mangeant ou en buvant sont systématiquement inclus dans les protocoles d'évaluation clinique au chevet des patients en tant qu'indicateurs sensibles de la présence d'une aspiration.</p>

<p>Comment se réalise concrètement la collecte des données ? Quelle est la fréquence de passation des outils ?</p>	<p>Les observations vidéo ont été codées à l'aide d'un schéma de codage assisté par ordinateur précédemment testé et exécuté, qui a identifié des codes d'événements temporels pour :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Les variables comportementales de l'approche du soignant</li> <li>- Les symptômes comportementaux</li> <li>- Les indicateurs observables d'aspiration</li> </ul> <p>Le codage a été effectué par 4 observateurs formés et a été appliqué de manière cohérente à toute la durée de tous les repas observés. Les observateurs ont obtenu une concordance bonne à très bonne (K de Cohen = 0,80-0,85, pourcentage d'accord 86-90%).</p> <p>Aucune information n'est donnée par les auteurs concernant la fréquence de passation des outils. Des détails supplémentaires concernant la nature des observations et l'exécution du schéma de codage dans l'étude mère sont publiés ailleurs.</p>
<p>Des précisions sur la passation et la cotation des outils sont-elles données ? quelles sont-elles ?</p>	<p>Les participants ont été observés pendant une moyenne de 2 repas (intervalle de 1-5), répartis entre le petit-déjeuner, le déjeuner et le dîner. Les auteurs ont tenté d'observer chaque résident pendant 3 heures de repas (petit-déjeuner, déjeuner et dîner), mais cela n'a finalement pas été possible en raison de l'indisponibilité pour cause de maladie ou de refus de repas. Dans certains cas, les repas ont été interrompus en raison d'autres besoins de soins auquel cas chaque tentative de fournir le repas a été codée comme une observation unique.</p> <p>Pour chaque résident, l'aide alimentaire n'était pas fournie par un soignant constant.</p> <p>Les participants ont été sensibilisés à l'enregistrement vidéo grâce à la mise en place de caméras pendant 15 minutes avant chaque repas et avec que les résidents ne s'assoient à table, ainsi que par l'observation de tous les résidents dans leur situation alimentaire de routine dans le but de réduire les risques liés à l'observation.</p>
<p>Des précisions sont-elles données sur la variable indépendante, dépendante ? Lesquelles sont-elles ?</p>	<p>Toutes les informations concernant les variables sont développées plus haut.</p>
<p><b>5. Intervention ou programme (si applicable)</b></p>	

Quelles sont les interventions et comment sont-elles décrites ?	Aucune intervention n'est décrite par les auteurs dans cette étude.
Comment l'intervention est-elle appliquée ?	Aucune intervention n'est décrite par les auteurs dans cette étude.
<b>6. Méthode d'analyse des données</b>	
Quels sont les méthodes et les types d'analyses statistiques proposées (tests, ...)	<p>Les données ont été analysées à l'unité d'observation à l'aide d'une <b>analyse de la séquence d'événements</b> afin d'examiner les transitions entre des événements distincts à travers les observations. Plus précisément, c'est une <b>analyse séquentielle basée sur le décalage</b> pour déterminer les associations temporelles entre :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- La prestation de soins</li> <li>- Les symptômes comportementaux</li> <li>- Les événements d'aspiration</li> </ul> <p>Pour explorer plus d'associations temporelles, ils ont <b>examiné les relations avec l'aspiration comme événement de conséquence</b> (= si les événements liés aux symptômes comportementaux et aux soignants prédisent de manière significative les événements d'aspiration dans des délais spécifiques). Ils ont donc calculé les <b>probabilités conditionnelles</b> pour estimer la <b>probabilité d'événements d'aspiration servant à la suite d'actions ou de symptômes comportementaux centrés sur la personne / la tâche du soignant sur des intervalles de temps allant de 0-30sec</b> entre les événements.</p> <p>L'importance des associations séquentielles a été estimée à l'aide des intervalles de confiance à 95% associés aux rapports de cotes. Le Q de Yule (varie de -1 à +1 avec 0 indiquant aucun effet) a été calculé comme indice de la taille de l'effet car il est moins vulnérable au nombre de cellules nulles et aux distributions asymétriques que les rapports de cotes.</p>
Les méthodes d'analyses sont-elles justifiées ? Si oui, de quelle manière ?	Oui. Les données ont été analysées à l'unité d'observation à l'aide d'une analyse de la séquence d'événements car les résidents et les dyades individuels ont fourni des quantités variables d'informations et les dyades n'étaient pas indépendantes les unes des autres.

## 2.2. Résultats

### 1. Description de l'échantillon

Quelles sont les caractéristiques principales de l'échantillon ?	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Résident dans un établissement médico-social</li> <li>- Personne atteinte de démence</li> </ul>
Des précisions sont-elles données sur les participants, si oui, lesquelles	Tous les participants à l'étude étaient de race blanche, la moitié étaient des femmes et l'âge moyen des participants était de 84 ans (extrêmes 71-98 ans). La moitié des participants suivaient un régime modifié (aliments en purée, soit des liquides épaissis).
Des précisions sont-elles données sur la période de collecte de données, lesquelles ?	Non.
<b>2. Description des résultats</b>	
Quels sont les résultats statistiquement significatifs (p.ex. $p < 0.05$ ) ?	<p>L'analyse séquentielle démontre une <b>association significative entre les actions centrées sur les tâches du soignants et les événements d'aspiration</b> (comme conséquence). L'effet de cette association était <b>le plus fort à un intervalle de décalage de 0 sec.</b> indiquant une <b>cooccurrence entre les actions du soignant centrées sur la tâche et les épisodes d'aspiration (probabilité de 12 % ; Q de Yule 0,89 ; OR IC 95 % 12,70-23,75)</b>. = 12% de chance que la personne tousse / s'étouffe après une action du soignant centrées sur la tâche. Cette association <b>reste significative jusqu'à 20 sec</b> mais avec une force et une probabilité décroissantes.</p> <p><b>Les événements d'aspiration étaient également significativement plus susceptibles de se produire après des symptômes comportementaux (probabilité de 3-5% ; Q de Yule 0,55-0,71 ; OR 95% IC 2,22-5,40 ; 4,18-8,57).</b></p>
Quels sont les autres résultats importants ?	<p>A contrario des actions centrées sur la tâche, une aspiration était moins susceptible de se produire après des actions centrées sur la personne. Cette association était en grande partie inexistante (<b>probabilité de 0-1%</b>) et n'était pas significative pour la plupart des intervalles de retard.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Des <b>indicateurs d'aspiration observables</b> étaient présents dans : 15 observations, avec une plage de 1-10 événements d'aspiration codés par observation / une durée moyenne de 6,6sec par événement.</li> <li>- Des <b>symptômes comportementaux</b> sont survenus dans : 13 observations, avec une gamme de 1-26 symptômes.</li> <li>- Des <b>actions des soignants étaient largement centrées sur la personne</b> : 96% de tous les événements des soignants étaient classés comme des actions centrées sur la personne.</li> </ul>

## 2.3. Discussion

1. Résumé des résultats	
Un résumé des résultats est-il présenté ? Si oui, que contient-il ?	<p>Les auteurs reprennent les résultats de manière général en exposant l'identification d'associations temporelles significatives entre les actions des soignants centrés sur les tâches et les indicateurs observables d'événements d'aspiration. Néanmoins, malgré une grande prévalence des actions des soignants centrés sur la personne, aucune association avec les signes observables d'aspiration n'a été trouvé.</p> <p>L'étude démontre également que les symptômes comportementaux peuvent précipiter des événements d'aspiration.</p>
Comment la recherche répond-elle à l'objectif visé ou à l'hypothèse de départ ?	<p>En conclusion, ces résultats préliminaires suggèrent que l'approche du soignant pendant le repas peut précipiter ou atténuer les événements d'aspiration pendant les soins à l'heure des repas.</p>
2. Liens avec les autres auteurs	
Comment les résultats se rattachent-ils à d'autres études (similitudes, différences,..)	<p>Il existe un nombre croissant de preuves visant à résoudre la myriade de défis rencontrées par les personnes atteintes de démence pendant les repas.</p> <p>Il a été démontré que les personnes atteintes de démence sont plus susceptibles que celles non atteintes de démence de recevoir des signaux d'auto-alimentation ou de l'aide directe des soignants. L'utilisation appropriée des signaux et de l'assistance directe pour les patients atteints de démence pendant les repas est essentielle car elle peut soit aider au maintien de l'indépendance, soit entraîner une assistance au-delà de ce qui est nécessaire, conduisant à une plus grande dépendance.</p> <p>Lorsque des volontaires nourrissant des patients dysphagiques plus âgés hospitalisés ont été formés à fournir un soutien optimal, une assistance alimentaire ciblée s'est avérée entraîner une augmentation de l'apport oral</p>
3. Recommandations ou suggestions	

Quelles <b>recommandations</b> ou étapes futures sont-elles proposées ? Pour la pratique ? Pour la recherche ?	<p>Dans les études futures, l'incorporation d'un examen instrumental fournirait une confirmation plus rigoureuse de la présence ou de l'absence d'aspiration, de la gravité globale de la dysphagie et des changements biomécaniques spécifiques de la déglutition, ce qui favoriserait une meilleure interprétation de la signification clinique de ces résultats pour les patients atteints de différents types ou degrés de troubles de la déglutition.</p> <p>La présente étude fournit un nouvel exemple des types de nouvelles questions de recherche auxquelles on peut répondre grâce à l'utilisation de données d'observation séquentielle et à l'intégration de concepts issus des domaines sociaux, comportementaux et physiologiques. Une plus grande intégration entre ces domaines conceptuellement interdépendants peut fournir de nouvelles perspectives sur la façon dont nous comprenons ces différentes expériences et événements, et peut finalement éclairer de nouvelles directions pour cibler les interventions cliniques.</p>
Comment les suggestions-recommandations peuvent-elles s'appliquer dans la pratique clinique ?	Une meilleure compréhension des comportements de soins spécifiques qui peuvent être plus ou moins efficaces pour encourager la sécurité de la déglutition et minimiser les événements d'aspiration éclairera le développement et le perfectionnement des programmes de formation pour les soignants qui nourrissent les patients atteints de démence.
<b>4. Limites de la présente étude</b>	
Quelles sont les limites/biais de l'étude ?	<p>Les limites de cette étude sont importantes. L'analyse ne tient pas compte des différences dans les caractéristiques individuelles des résidents ou dyadiques. De plus, étant donné la nature exploratoire de cette étude, les analyses de sensibilité des études pour explorer les différences individuelles entre les observations n'ont pas été effectuées en raison de la puissance statistique limitée. Les EMS participants à l'étude parentale ont été délibérément choisis en raison de leur concentration sur la prestation de soins de démence personnalisés, ce qui est une source potentielle de biais.</p> <p>De plus, l'étude primaire n'a pas été conçue spécifiquement pour étudier la dysphagie et, par conséquent, des évaluations formelles de la dysphagie n'ont pas été effectuées.</p> <p>En outre, cette étude n'a pas caractérisé les transitions entre des actions spécifiques centrées sur des tâches ou des symptômes comportementaux et des événements d'aspiration en raison de limitations de taille de l'échantillon.</p>

## 2.4. Conclusions

1. Retour sur l'objectif, question, hypothèse	
De quelle manière la recherche a-t-elle répondu à l'objectif visé ?	En conclusion, les auteurs ont constaté que les actions des soignants centrées sur les tâches et les symptômes comportementaux sont associés dans le temps à des indicateurs observables d'aspiration chez les résidents en EMS atteints de démence.
2. Principaux résultats	
Quels sont les principaux résultats significatifs de la démarche ?	Les principaux résultats de la recherche sont cités au-dessus.

### 3. Références

- Tétreault, S., Sorita, E., Ryan, A., & Ledoux, A. (2013). *Guide francophone d'analyse systématique des articles scientifiques (GFASAS)*. Laval, Québec : (s.n.).
- Tétreault, S., Sorita, E., Ryan, A., & Ledoux, A. (2014). *Guide pour analyser les articles scientifiques et maximiser sa lecture - Guide francophone d'analyse systématique des articles scientifiques (GFASAS)*. Laval, Québec : (s.n.). Dans S. Tétreault & P. Guillez (Éds), *Guide pratique de recherche en réadaptation* (1<sup>re</sup> éd., p. 545). Louvain-la-Neuve, Belgique : De Boeck, Noto.
- Gilmore-Bykovskyi, A. L., & Rogus-Pulia, N. (2018). Temporal Associations between Caregiving Approach, Behavioral Symptoms and Observable Indicators of Aspiration in Nursing Home Residents with Dementia. *Journal of Nutrition, Health and Aging*, 22(3), 400–406. <https://doi.org/10.1007/s12603-017-0943-y>



## Grille de Tétreault – Article 8

### 1. Parties communes à tous les articles

#### 1.1. Identification de l'article et du résumé

1. Titre	
Titre (noter le titre)	"Effects of oral neuromuscular training on swallowing dysfunction among older people in intermediate care – a cluster randomised controlled trial".
Thèmes abordés	L'entraînement neuromusculaire oral chez les personnes âgées en soins intermédiaires
Le titre réfère-t-il à une population précise ou à une question pertinente, si oui, laquelle ou lesquelles	Oui, la population visée est les personnes âgées en soins intermédiaires
2. Auteurs	
Auteurs (noter les auteurs)	Hägglund, Patricia Hägg, Mary Wester, Per Levring Jäghagen, Eva

Préciser leur rattachement, institution, lieu de travail, pays	<p><u>Hägglund, Patricia</u> : Oral and Maxillofacial Radiology, Department of Odontology, Faculty of Medicine, Umeå University, Umeå, Sweden</p> <p><u>Hägg, Mary</u> :  <ul style="list-style-type: none"> <li>- Department of Otorhinolaryngology, Speech and Swallowing Centre, Hudiksvall Hospital, Region Gävleborg, Hudiksvall, Sweden</li> <li>- Centre for Research and Development, Uppsala University, Region Gävleborg, Gävle, Sweden</li> </ul> </p> <p><u>Wester, Per</u> :  <ul style="list-style-type: none"> <li>- Department of Public Health and Clinical Medicine, Umeå University, Umeå, Sweden</li> <li>- Department of Clinical Science, Karolinska Institutet, Danderyd Hospital, Stockholm, Sweden</li> </ul> </p> <p><u>Levring Jäghagen, Eva</u> : Oral and Maxillofacial Radiology, Department of Odontology, Faculty of Medicine, Umeå University, Umeå, Sweden</p>
<b>3. Mots clés</b>	
Mots clés (noter les mots clés)	troubles de la déglutition, dysphagie, réadaptation, qualité de vie, maisons de soins infirmiers
<b>4. Résumé</b>	
Décrire brièvement les objectifs, la méthodologie, les résultats	<p>Cet essai contrôlé randomisé en grappes a étudié l'effet de l'entraînement neuromusculaire oral (muscles orofaciaux et pharyngés) pendant 5 semaines chez les personnes âgées en soins intermédiaires présentant une déglutition altérée. Pour cela, sur 385 participants de 36 unités de soins intermédiaires, 116 ont été sélectionné et assigné au hasard dans 2 groupes :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Le groupe intervention (n= 49) : formation neuromusculaire orale</li> <li>- Le groupe témoin (n=67) : soins habituels</li> </ul> <p>Le critère principal d'évaluation était le changement du taux de déglutition sur 3 temps (début du traitement ; fin du traitement ; 6 mois après). Les paramètres secondaires étaient les modifications des signes d'aspiration au cours du test de déglutition et la qualité de vie liée à la déglutition.</p> <p>Les résultats démontrent une amélioration significative du taux de déglutition dans le groupe d'intervention après le traitement et après 6 mois. Ils démontrent également une réduction significative des signes d'aspiration. Néanmoins, aucune différence significative entre les 2 groupes n'a été démontré pour la qualité de vie liée à la déglutition.</p>

## 1.2. Introduction

## 1. Pertinence

Est-ce que la justification de l'étude repose sur des constats théoriques, des observations, des faits ou des données statistiques ?	L'étude repose sur des constats théoriques.
<b>2. Originalité</b>	
Comment l'auteur explique-t-il l'originalité de la démarche ?	Les auteurs déclarent que le dysfonctionnement de la déglutition, bien que très répandu, est à la fois sous-diagnostiqué et mal traité chez les patients plus âgés.
<b>3. Plan de l'article</b>	
Le plan est-il précis, logique et détaillé ? Les étapes à venir sont-elles bien précisées ?	Les auteurs ne proposent pas de plan dans l'introduction.
Quels sont les objectifs, les questions de recherche ?	L'objectif est d'étudier l'effet de l'entraînement neuromusculaire oral sur la fonction de déglutition chez les personnes âgées en soins intermédiaires suédois avec des troubles de la déglutition.

### 1.3. Recension des écrits scientifiques ou présentation des concepts théoriques

<b>1. Modèle théorique</b>	
Un modèle théorique, cadre conceptuel ou explication sont-ils proposés ? Si oui, lesquels ?	Non.

Comment le modèle théorique, cadre conceptuel est-il justifié ?	/
<b>2. Limites des écrits</b>	
Préciser les limites ou contraintes provenant d'autres auteurs	A la suite de leur exploration dans la recherche, les auteurs retiennent une méthode de rééducation de la déglutition qui est l'entraînement neuromusculaire oral, visant à renforcer les muscles oro-faciaux et pharyngés. Cependant, <b>cette méthode n'a été explorée que dans une petite étude</b> chez patient souffrant de troubles de la déglutition après AVC. C'est pourquoi les auteurs décident d'étudier l'effet de l'entraînement neuromusculaire oral sur la fonction de déglutition chez les personnes âgées en soins intermédiaires avec des troubles de la déglutition.

## 2. Article portant sur une étude quantitative

### 2.1. Méthodologie

<b>1. Question de recherche</b>	
Quelles sont les variables importantes ?	<p><b>Variables dépendantes :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- <u>Critère de jugement primaire</u> : fonction de la déglutition</li> <li>- <u>Critères de jugement secondaires</u> : <ul style="list-style-type: none"> <li>• Signes d'aspiration (toux, changement de voix lors de la déglutition)</li> <li>• La qualité de vie liée à la déglutition</li> </ul> </li> </ul> <p><b>Variable indépendante</b> : entraînement neuromusculaire oral</p>
Les variables importantes sont-elles bien définies ?	Oui.

Quels sont les questions ou les objectifs de recherche ?	Cette étude contrôlée randomisée en grappes fit partie d'un projet multidisciplinaire et multicentrique : Swallowing function, Oral health and Food Intake in old Age (SOFIA).
Des précisions sont-elles données sur la variable indépendante, dépendante ? Lesquelles sont-elles ?	Oui, les informations présentées par les auteurs sont décrites ci-dessus.
Quelles sont les hypothèses de recherche ?	Aucune hypothèse n'est précisé dans cette étude.
<b>2. Devis</b>	
Quel est le devis de l'étude ?	C'est un devis d'étude expérimentale.
Le devis est-il bien détaillé ?	Oui.
De quelle façon les règles éthiques sont-elles respectées ?	L'étude a été menée selon les recommandations des essais interventionnels, SPIRIT et l'extension CONSORT pour les essais contrôlés randomisés en grappes. Un consentement éclairé écrit a été obtenu et l'étude a été approuvée par le Comité régional d'éthique d'Uppsala, en Suède.
Précision du type de devis ou de la procédure expérimentale	C'est un essai clinique randomisé utilisant comme devis expérimental le devis avant-après avec groupe témoin.
Quelles explications sont fournies pour la collecte d'informations ?	Aucune explication n'est explicitée par les auteurs concernant la collecte d'informations.
<b>3. Sélection des participants ou objets d'étude</b>	
Quelle est la population visée ? est-elle bien définie ?	Oui. La population visée est des personnes âgées en soins intermédiaires avec un dysfonctionnement de la déglutition.

Comment se réalise la sélection des participants ?	Cette étude a été menée dans 5 comtés suédois, dont 36 unités de soins intermédiaires qui ont été randomisées en grappes pour l'intervention (n=18) ou comme témoin (n=18). Les auteurs ont ensuite randomisés en grappe les participants retenus dans les 2 groupes.
Des critères d'inclusion, d'exclusion de l'échantillon sont-ils présentés quels sont-ils ?	<p><b><u>Les critères d'inclusion sont :</u></b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Âge <math>\geq</math> 65 ans</li> <li>- Admission aux soins intermédiaires <math>\geq</math> 3 jours</li> <li>- Capacité à comprendre le suédois</li> <li>- Présence d'un dysfonctionnement de la déglutition évalué par un test de déglutition chronométré</li> </ul> <p><b><u>Les critères d'exclusion sont :</u></b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Les personnes ayant reçu des soins de fin de vie</li> <li>- Les personnes ayant une déficience cognitive modérée ou sévère</li> </ul>
Est-ce qu'il y a une répartition des participants en groupe ? (témoin ou contrôle) comment cette répartition se réalise-t-elle ?	<p>Sur les 385 participants des 36 unités de soins intermédiaires, 116 ont été sélectionnés et assignés au hasard dans 2 groupes :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Le groupe intervention/expérimental (n= 49) : formation neuromusculaire orale</li> <li>- Le groupe témoin/contrôle (n=67) : soins habituels</li> </ul>
Précision de la procédure pour faire le choix des participants	Les auteurs ont présenté dans cette étude un organigramme représentant les différents processus d'inclusion des sujets et de collecte des données.
Précisions sur la justification de la taille de l'échantillon	Aucune précision concernant la taille de l'échantillon n'est présente dans cette étude.
<b>4. Choix des outils de collecte d'information</b>	

Les instruments de mesure sont-ils décrits de manière précise ? Quels sont-ils ?	<ul style="list-style-type: none"> <li>- <u>La fonction de la déglutition</u> : été évaluée cliniquement à l'aide d'un test d'ingestion d'eau chronométré et diagnostiquée comme dysfonctionnelle lorsque le taux de déglutition ne dépassait pas 10 ml/sec, conformément aux études précédentes</li> <li>- <u>Signes d'aspiration</u> : ces signes ont été dichotomisés selon la présence ou non de signes d'aspiration.</li> <li>- <u>Qualité de vie liée à la déglutition</u> : a été mesurée par un questionnaire d'auto-évaluation de la qualité de vie liée à la déglutition. Le questionnaire est noté sur une échelle de Likert en 5 points allant de 1 (état le moins favorable) à 5 (état le plus favorable). Toutes les échelles ont été transformées linéairement à part d'une échelle de Likert en 5 points et allaient de 0-100, selon la validation, et un score inférieur à 86 est considéré comme une dysphagie subjective. Un score total a été calculé.</li> </ul>
Comment se réalise concrètement la collecte des données ? Quelle est la fréquence de passation des outils ?	<p>Le participant a avalé 150ml aussi rapidement et en toute sécurité que possible, et le taux a été mesuré sur une échelle continue en ml/sec.</p> <p>Pour les 2 groupes, la vitesse de déglutition, les signes d'aspiration et la qualité de vie liée à la déglutition ont été évalué au départ, à la fin du traitement après 5 semaines, puis 6 mois après le traitement.</p>
Des précisions sur la passation et la cotation des outils sont-elles données ? quelles sont-elles ?	Aucune autre précision n'est présente dans cette étude.
Des précisions sont-elles données sur la variable indépendante, dépendante ? Lesquelles sont-elles ?	Aucune autre précision sur les variables ne sont décrites.
<b>5. Intervention ou programme (si applicable)</b>	
Quelles sont les interventions et comment sont-elles décrites ?	<p><u>Entraînement neuromusculaire oral</u> : le dispositif IQoro® a été utilisé dans la présente étude pour l'entraînement neuromusculaire oral. Il est conçu pour stimuler l'entrée sensorielle et renforcer les muscles du visage, de la bouche et du pharynx.</p> <p>Pour le groupe contrôle/témoin, les participants ont reçu des soins habituels avec des ajustements de la cohérence des aliments et des instructions de posture.</p>

Comment l'intervention est-elle appliquée ?	Des professionnels calibrés (huit hygiénistes dentaires agréés et un orthophoniste) ont recueilli des données dans l'environnement où le participant séjournait au moment de l'évaluation (par exemple, dans l'unité de soins intermédiaires, au domicile du participant ou à la maison de soins) et ont fourni des instructions sur formation. Si les participants ont eu des difficultés à exécuter la formation, le personnel ou les membres de la famille ont reçu des instructions sur la manière d'aider.
<b>6. Méthode d'analyse des données</b>	
Quels sont les méthodes et les types d'analyses statistiques proposées (tests, ...)	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Le résultat principal du taux de déglutition et le résultat secondaire de la qualité de vie liée à la déglutition ont été analysés à l'aide d'un <b>modèle mixte linéaire</b></li> <li>- Le résultat secondaire des signes d'aspiration a été analysé avec un <b>modèle mixte linéaire généralisé avec une fonction de lien logit</b></li> </ul> <p>Les 2 modèles incluaient : le groupe (contrôle ou intervention) ; le temps (5 semaines ou 6 mois) ; l'interaction groupe par temps ; la valeur de base pour chaque résultat en tant que <b>facteur à effet fixe</b> ; le cluster et le sujet en tant que <b>facteurs à effet aléatoire</b>.</p>
Les méthodes d'analyses sont-elles justifiées ? Si oui, de quelle manière ?	Non.

## 2.2. Résultats

<b>1. Description de l'échantillon</b>	
Quelles sont les caractéristiques principales de l'échantillon ?	Âge ; sexe ; IMC ; multimorbidité ; Cognition ; état de risque de dysphagie ; éducation ; dépendance aux soins ; vitesse d'ingestion (ml/sec)
Des précisions sont-elles données sur les participants, si oui, lesquelles	Entre octobre 2013 et février 2016, 385 personnes âgées ont été inscrites dans 36 unités de soins intermédiaires et dépistées pour un dysfonctionnement de la déglutition. Après le dépistage, 172 participants avaient une fonction normale et ont été exclus, tandis que 209 participants ont montré un dysfonctionnement de la déglutition dont 97 ont refusé de participer. Les 116 participants restants de 34 unités de soins intermédiaires ont été assignés au hasard pour recevoir une formation neuromusculaire orale ( $n = 49$ ) ou des soins habituels ( $n = 67$ ).



Des précisions sont-elles données sur la période de collecte de données, lesquelles ?	Après la période de traitement, un total de 85 participants (73,3%) étaient vivants et disponibles pour une analyse per protocole; 6 mois après le traitement, 62 participants (53,4%) étaient disponibles.
<b>2. Description des résultats</b>	
Quels sont les résultats statistiquement significatifs (p.ex. $p < 0.05$ ) ?	<p><u>Résultat primaire : fonction de déglutition</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Les résultats du modèle mixte linéaire ajusté pour tester les <b>changements du taux de déglutition entre le départ et la fin du traitement</b> ont montré des différences significatives entre les groupes (rapport 1,60, IC à 95% 1,14-2,23; <math>P = 0,013</math>), <b>le groupe d'intervention démontrant un taux de déglutition 60% plus élevé que le groupe témoin.</b></li> <li>- 6 mois après le traitement, <b>les changements du taux de déglutition étaient significativement plus élevés dans le groupe d'intervention par rapport au groupe témoin</b> (ratio 1,50, IC à 95% 1,04–2,19; <math>P = 0,031</math>)</li> </ul> <p><u>Résultat secondaire : signes d'aspiration</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- En fin de traitement, le modèle mixte linéaire généralisé a révélé une différence significative entre les groupes dans le changement des signes d'aspiration (OR 6,11 IC 1,82–28,45; <math>P = 0,01</math>); le <b>groupe d'intervention a montré une réduction significative des signes d'aspiration par rapport au groupe témoin.</b></li> </ul>
Quels sont les autres résultats importants ?	<p><u>Résultat secondaire : signes d'aspiration</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Aucune différence significative entre les groupes dans les signes d'aspiration n'a été trouvée 6 mois après le traitement par rapport à la valeur initiale (OR 0,63 IC 0,14–2,36; <math>P = 0,46</math>)</li> </ul> <p><u>Qualité de vie liée à la déglutition</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- À la fin du traitement, les résultats du modèle mixte linéaire pour tester les modifications du score de qualité de vie lié à la déglutition entre l'inclusion et la fin du traitement n'ont montré aucune différence significative entre les groupes (rapport 0,97 IC 0,60-1,57; <math>P = 0,90</math>). De plus, aucune différence significative n'a été trouvée à 6 mois après le traitement (rapport 1,01 IC 0,61-1,66; <math>p = 0,98</math>).</li> </ul>

### 2.3. Discussion

### 1. Résumé des résultats

Un résumé des résultats est-il présenté ? Si oui, que contient-il ?	Cet essai contrôlé randomisé en grappes a montré que <b>l'entraînement neuromusculaire oral avait un effet positif sur le dysfonctionnement de la déglutition</b> chez les personnes âgées en soins intermédiaires. Les participants du groupe d'intervention ont <b>considérablement augmenté leur taux de déglutition et réduit les signes cliniques d'aspiration après 5 semaines d'entraînement neuromusculaire oral</b> par rapport aux témoins. <b>Des améliorations persistantes du taux de déglutition ont également été observées 6 mois après le traitement.</b>
Comment la recherche répond-elle à l'objectif visé ou à l'hypothèse de départ ?	Ces résultats montrent que l'entraînement neuromusculaire oral non invasif est une <b>nouvelle méthode de rééducation prometteuse</b> du dysfonctionnement de la déglutition. La découverte est une première étape pour obtenir des preuves sur la méthode d'entraînement chez les personnes souffrant de troubles de la déglutition.

### 2. Liens avec les autres auteurs

Comment les résultats se rattachent-ils à d'autres études (similitudes, différences,..)	<p>Il a déjà été démontré que l'entraînement à la déglutition basé sur l'exercice améliore la fonction de déglutition et réduit la fréquence de la malnutrition et de la pneumonie chez les personnes âgées. Des études antérieures sur l'effet de l'entraînement neuromusculaire oral chez les patients victimes d'un AVC avec un dysfonctionnement de la déglutition ont suggéré <b>des résultats similaires à ceux de la présente étude</b>, avec une augmentation du taux de déglutition.</p> <p>Une étude a montré que 63% des patients victimes d'un AVC ont retrouvé un taux de déglutition normal après 5 à 8 semaines d'entraînement, une autre a révélé que 71% normalisaient leur taux de déglutition après 13 semaines d'entraînement. Ainsi, une période de traitement prolongée avec un entraînement neuromusculaire oral peut encore améliorer la vitesse de déglutition.</p>
---	--

### 3. Recommandations ou suggestions

Quelles recommandations ou étapes futures sont-elles proposées ? Pour la pratique ? Pour la recherche ?	Bien que l'étude ait montré que l'effet sur la vitesse de déglutition était maintenu 6 mois après la période d'entraînement, l'effet sur les signes d'aspiration n'a pas été maintenu. Ainsi, il aurait pu être bénéfique pour les participants de poursuivre la formation pour maintenir une déglutition sans danger. Des études sur les effets de l'entraînement en force sur les personnes âgées ont montré qu'un entraînement continu une fois par semaine est nécessaire pour maintenir à la fois la force et la taille des muscles.
---	---

Comment les suggestions-recommandations peuvent-elles s'appliquer dans la pratique clinique ?	<ul style="list-style-type: none"> <li>- <b>Les personnes âgées atteintes de maladies dégénératives pourraient bénéficier d'un entraînement cohérent de l'entraînement neuromusculaire orofacial et pharyngé car il y a une diminution de leur capacité fonctionnelle au fil du temps</b></li> <li>- Tandis qu'une période d'entraînement plus courte peut avoir un effet plus durable sur les personnes souffrant d'un accident vasculaire cérébral en raison de la récupération de la fonction par la réorganisation du réseau de déglutition</li> </ul>
<b>4. Limites de la présente étude</b>	
Quelles sont les limites/biais de l'étude ?	Le critère d'inclusion étaient basés sur une altération de la vitesse de déglutition et non sur des signes cliniques d'aspiration. Les évaluations de la déglutition n'ont pas été effectuées en aveugle par rapport à l'intervention ; et des examens instrumentaux supplémentaires (par exemple, vidéo-endoscopie ou vidéofluoroscopie) pour confirmer le dysfonctionnement de la déglutition n'ont pas été effectués. Cependant, cela n'aurait pas été possible dans le contexte de l'étude, et le test de déglutition à l'eau chronométré a montré une grande fiabilité inter et intra-correcteur. Bien que la méthode d'intervention soit prometteuse, l'intervalle de confiance pour la taille de l'effet est large, l'impact clinique des changements de taux est incertain et avec les autres limites de l'étude, y compris l'attrition et le déséquilibre de base dans les groupes, le bénéfice clinique n'est pas clarifié.

## 2.4. Conclusions

<b>1. Retour sur l'objectif, question, hypothèse</b>	
De quelle manière la recherche a-t-elle répondu à l'objectif visé ?	Nos résultats montrent que l'entraînement neuromusculaire oral est une nouvelle méthode prometteuse de rééducation des troubles de la déglutition chez les personnes âgées en soins intermédiaires.
<b>2. Principaux résultats</b>	
Quels sont les principaux résultats significatifs de la démarche ?	Les principaux résultats sont cités ci-dessus.

### 3. Références

- Tétreault, S., Sorita, E., Ryan, A., & Ledoux, A. (2013). *Guide francophone d'analyse systématique des articles scientifiques (GFASAS)*. Laval, Québec : (s.n.).
- Tétreault, S., Sorita, E., Ryan, A., & Ledoux, A. (2014). *Guide pour analyser les articles scientifiques et maximiser sa lecture - Guide francophone d'analyse systématique des articles scientifiques (GFASAS)*. Laval, Québec : (s.n.). Dans S. Tétreault & P. Guillez (Éds), *Guide pratique de recherche en réadaptation* (1<sup>re</sup> éd., p. 545). Louvain-la-Neuve, Belgique : De Boeck, Noto.
- Hägglund, P., Hägg, M., Wester, P., & Levring Jäghagen, E. (2019). Effects of oral neuromuscular training on swallowing dysfunction among older people in intermediate care - A cluster randomised, controlled trial. *Age and Ageing*, 48(4), 533–540. <https://doi.org/10.1093/ageing/afz042>

## Grille de Tétreault – Article 9

### 1. Parties communes à tous les articles

#### 1.1. Identification de l'article et du résumé

1. Titre	
Titre (noter le titre)	A Dedicated Nutritional Care Program (NUTRICARE) to reduce malnutrition in institutionalised dysphagic older people: A quasi-experimental study
Thèmes abordés	Programme de soins nutritionnels ; malnutrition
Le titre réfère-t-il à une population précise ou à une question pertinente, si oui, laquelle ou lesquelles	La population visée les personnes âgées dysphagiques institutionnalisées
2. Auteurs	
Auteurs (noter les auteurs)	Milko Zanini PhD, MSN, MSoc <sup>1</sup> ; Annamaria Bagnasco PhD, Assistant Professor <sup>1</sup> ; Gianluca Catania PhD, MSN, RN <sup>1</sup> ; Giuseppe Aleo PhD, MA <sup>1</sup> ; Marina Sartini BSc, PhD, Public Health <sup>1</sup> ; Maria Luisa Cristina MSc, MNatSc, Associate Professor <sup>1</sup> ; Stefania Ripamonti MSBiol, Clinical Nutrition Expert <sup>2</sup> ; Fiammetta Monacelli PhD, MD, Academic Researcher <sup>3</sup> ; Patrizio Odetti MD, Professor of Gerontology and Geriatrics <sup>3</sup> ; Loredana Sasso MSN, FAAN, Associate Professor of Nursing <sup>1</sup>
Préciser leur rattachement, institution, lieu de travail, pays	<sup>1</sup> Department of Health Sciences, University of Genoa, Genoa, Italy <sup>2</sup> Private Outpatient Nutritional Service, Brugherio, MB, Italy <sup>3</sup> Department of Internal Medicine & Medical Specialties, University of Genoa, Genoa, Italy
3. Mots clés	
Mots clés (noter les mots clés)	Démence, dysphagie, personnes âgées institutionnalisées, texture alimentaire modifiée, nutrition
4. Résumé	

Décrire brièvement les objectifs, la méthodologie, les résultats	Le but de cette étude est d'évaluer les effets d'un programme alimentaire à texture modifiée pour la dysphagie sur le profil <b>nutritionnel, biochimique et fonctionnel</b> dans une cohorte de personnes âgées institutionnalisées. Cette étude quasi-expérimentale a consisté aux collectes de paramètres anthropométriques, biochimiques, nutritionnels et fonctionnels 6 mois avant l'intervention (T0) et pendant 6 mois après la mise en œuvre du programme alimentaire NUTRICARE, pour un total de 9 évaluations. Ce programme comprend des repas sans supplémentation nutritionnelle et des niveaux personnalisés de densité, viscosité, texture et granulométrie. Les résultats de l'étude démontrent une amélioration du poids corporels et des profils nutritionnels et biochimiques.
--	---

## 1.2. Introduction

1. Pertinence	
Est-ce que la justification de l'étude repose sur des constats théoriques, des observations, des faits ou des données statistiques ?	Cette étude repose sur des constats théoriques.
2. Originalité	

<p>Comment l'auteur explique-t-il l'<b>originalité de la démarche</b> ?</p>	<p>D'après les auteurs, la prévalence de la dysphagie est difficilement estimable avec précision, plus particulièrement chez les personnes âgées institutionnalisées en raison d'une influence de nombreux facteurs, dont notamment la démence et le contexte. Néanmoins, la déglutition reste une grande problématique, pouvant conduire à la malnutrition. La malnutrition reste également une priorité clinique chez 20-66,5% des personnes âgées institutionnalisées, d'autant plus car sa prévalence augmente en relation avec la présence de troubles cognitifs, de démence et est liée aux conditions de dépendance au cours des repas. Par conséquent, évaluer l'état nutritionnel avec une approche intégrée et des outils appropriés est fondamental pour prévenir efficacement la malnutrition.</p> <p>Les aliments des patients institutionnalisées souffrant de dysphagie sont généralement mélangés ou dilués pour obtenir la densité / texture souhaitée. Néanmoins, par cette préparation, le volume des aliments va augmenter et le patient est souvent incapable de tout ingérer. Plusieurs conséquences de ces préparations :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Cela entraîne une réduction significative des apports nutritionnels et caloriques.</li> <li>- La texture n'est parfois pas appropriée, ce qui entraîne une fatigue de la personne lors des repas qui diminuera encore la quantité ingérée. De plus, ces aliments mélangés perdent rapidement leur consistances initiale, ce pourrait majorer les difficultés de déglutition</li> <li>- Les aliments mélangés ont souvent de mauvaises caractéristiques visuelles (apparence et texture) et organoleptiques (même goût, aspect peu attrayant)</li> <li>- Souvent, le même aliment est fourni sur de longues périodes en raison de l'absence d'alternative valide (même type de nourriture)</li> </ul> <p>Ces différentes conséquences pourront également favoriser la réduction de la volonté de manger. C'est pourquoi, les aliments à texture modifiée devraient tenir compte <b>du plaisir et de l'observance, de la satisfaction et de la consommation appropriées du patient, comme éléments essentiels du processus de déglutition.</b></p>
<p align="center"><b>3. Plan de l'article</b></p>	
<p>Le <b>plan</b> est-il précis, logique et détaillé ? Les étapes à venir sont-elles bien précisées ?</p>	<p>Aucun plan n'est proposé par les auteurs.</p>

Quels sont les <b>objectifs, questions de recherche</b> ?	<p><b>Objectifs :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Évaluer les changements de l'apport alimentaire quotidien suite à l'introduction d'un programme alimentaire à texture modifiée pour la dysphagie</li> <li>- Comment cela influe sur le profil nutritionnel, biochimique et fonctionnel chez les personnes âgées institutionnalisées</li> </ul> <p><u>Question de recherche</u> : « Une intervention nutritionnelle comprenant des aliments à texture personnalisée, dans la bonne quantité, variété et avec d'excellentes caractéristiques d'appétence et d'acceptabilité réduirait-elle la malnutrition dans un groupe de personnes âgées dysphagiques institutionnalisées ? »</p>
---	--

### 1.3. Recension des écrits scientifiques ou présentation des concepts théoriques

<b>1. Modèle théorique</b>	
Un modèle théorique, cadre conceptuel ou explication sont-ils proposés ? Si oui, lesquels ?	Non.
Comment le modèle théorique, cadre conceptuel est-il justifié ?	/
<b>2. Limites des écrits</b>	
Préciser les limites ou contraintes provenant d'autres auteurs	Aucune limite n'a été décrite par les auteurs dans l'introduction.



## 2. Article portant sur une étude quantitative

### 2.1. Méthodologie

1. Question de recherche	
Quelles sont les variables importantes ?	<u>Variables dépendantes :</u> <ul style="list-style-type: none"><li>- Niveau de malnutrition<ul style="list-style-type: none"><li>• Paramètres anthropométriques</li><li>• Paramètres nutritionnels plasmatiques et biochimiques</li><li>• Évaluations cliniques des patients</li></ul></li></ul> <u>Variable indépendante :</u> <ul style="list-style-type: none"><li>- Intervention nutritionnelle</li></ul>
Les variables importantes sont-elles bien définies ?	Oui.
Quels sont les questions ou les objectifs de recherche ?	Ces informations sont présentes plus haut dans la grille.
Des précisions sont-elles données sur la variable indépendante, dépendante ? Lesquelles sont-elles ?	Non.
Quelles sont les hypothèses de recherche ?	Aucune hypothèse de recherche n'est évoquée par les auteurs dans ce chapitre.
2. Devis	

Quel est le devis de l'étude ?	C'est une étude quasi-expérimentale avec un devis à séries temporelles interrompues simples. En d'autres termes, c'est une étude pré-post sans groupe témoin avec des séries chronologiques.
Le devis est-il bien détaillé ?	Oui.
De quelle façon les règles éthiques sont-elles respectées ?	L'étude a été approuvée par le Comité régional d'éthique de la Ligurie (PR 12/13 du 11 mars 2014), et un consentement écrit formel a été obtenu des patients et de leurs soignants officiels pour les cas de démence.
Précision du type de devis ou de la procédure expérimentale	Dans ce type de conception, le prétest agit comme un groupe témoin; elle permet donc de comparer les niveaux de malnutrition chez les mêmes personnes et <b>d'avoir un meilleur contrôle sur les variables</b> (les paramètres anthropométriques, les paramètres nutritionnels plasmatiques et biochimiques, et les évaluations cliniques des patients).
Quelles explications sont fournies pour la collecte d'informations ?	Sur la base de la conception de l'étude, leurs ensembles de données comprenaient également des informations provenant des dossiers médicaux antérieurs de patients. Les indicateurs utilisés dans l'étude comprennent des informations collectées régulièrement par les EMS (voir ci-dessous, point 4.)
<b>3. Sélection des participants ou objets d'étude</b>	
Quelle est la population visée ? est-elle bien définie ?	Les patients âgées institutionnalisées souffrant de dysphagie
Comment se réalise la sélection des participants ?	L'échantillon a été sélectionné pour des raisons de commodité en incluant toutes les personnes âgées dysphagiques institutionnalisées qui répondaient aux critères d'inclusion des auteurs et vivaient dans les EMS qui ont participé à la présente étude.

Des critères d'inclusion, d'exclusion de l'échantillon sont-ils présentés quels sont-ils ?	<p><u>Critères d'inclusion :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Patients âgés de plus de 65 ans</li> <li>- Patients présentant de faibles taux de comorbidité (Cumulative Illness Rating Scale - CIRS &lt;6)</li> <li>- Un diagnostic antérieur de dysphagie établi par un médecin ou rapporté dans le dossier clinique.</li> </ul> <p><u>Critères d'exclusion :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Comorbidité élevée (CIRS &gt; 6)</li> <li>- Instabilité clinique</li> <li>- Patients en phase terminale, maladies chroniques ou cancéreuses</li> <li>- Dysphagie sévère (DOSS) ≥2 ou gastrostomie endoscopique percutanée et présence de sondes orogastriques.</li> </ul>
Est-ce qu'il y a une répartition des participants en groupe ? (témoin ou contrôle) comment cette répartition se réalise-t-elle ?	Non, car il n'y a qu'un seul groupe.
Précision de la procédure pour faire le choix des participants	Les maisons de retraite ont été sélectionnées par échantillonnage de convenance en contactant personnellement par e-mail puis par téléphone les directeurs médicaux des maisons de retraite et en leur demandant si en principe ils étaient disposés à participer à cette étude. Les maisons de soins infirmiers incluses dans la présente étude étaient toutes des centres privés accrédités par le Service national de santé publique. Par conséquent, ce sont tous des établissements de santé privés qui fournissent des services dans la communauté dans le cadre du programme de santé publique.
Précisions sur la justification de la taille de l'échantillon	L'échantillon a été calculé pour obtenir un niveau de confiance de 95% basé sur une population d'environ 2000 personnes et ajouté 20% supplémentaires compte tenu de la probabilité d'abandon de notre étude, pour un total d'environ 460 sujets.
<b>4. Choix des outils de collecte d'information</b>	

<p>Les instruments de mesure sont-ils décrits de manière précise ? Quels sont-ils ?</p>	<p><b><u>Les paramètres nutritionnels, biochimiques et fonctionnels évalués pour chaque patient au cours de l'étude observationnelle :</u></b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- <b>Paramètres anthropométriques</b> (poids, taille, IMC) <ul style="list-style-type: none"> <li>• Paramètres nutritionnels biochimiques plasmatiques (protéines totales, albumine, transferrine, lymphocytes, créatinine, cholestérol total et HDL, triglycérides).</li> </ul> </li> <li>- <b>Évaluation clinique des patients</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Mini Nutritional Assessment-Short Form® (MNA – SF)</li> <li>• <u>Activités instrumentales de la vie quotidienne</u> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Indice de Barthel</li> </ul> </li> <li>• <u>Évaluation clinique de la démence</u> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Formulaires spécifiques</li> <li>○ Edinburgh Feeding Scale for Dementia (italian version) (EdFED)</li> </ul> </li> <li>• <u>Échelle d'évaluation cumulative des maladies CIRS</u> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Dysphagia Outcome and Severity Scale (DOSS)</li> </ul> </li> </ul> </li> </ul>
---	---

<p>Comment se réalise concrètement la collecte des données ? Quelle est la fréquence de passation des outils ?</p>	<p><b>Paramètres anthropométriques</b> (poids, taille, IMC)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Paramètres nutritionnels biochimiques plasmatiques</b> (protéines totales, albumine, transferrine, lymphocytes, créatinine, cholestérol total et HDL, triglycérides) : pour chaque patient, ces paramètres ont été collectés rétrospectivement, 6 mois avant le début de l'étude, au temps zéro (T0) et, prospectivement, toutes les 8 semaines pendant 6 mois après le démarrage du programme alimentaire dédié, pour un total d'au moins 9 fois.</li> </ul> <p><b>Évaluation clinique des patients</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Mini Nutritional Assessment-Short Form®</b> (MNA – SF): ce test, fournissant une description complète de l'état nutritionnel des patients et identifiant les sujets malnutris, a été choisi car il est le plus couramment utilisé dans les EMS.</li> <li>• <u>Activités instrumentales de la vie quotidienne</u> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ <b>Indice de Barthel</b></li> </ul> </li> <li>• <u>Évaluation clinique de la démence</u> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ <b>Formulaires spécifiques</b> : les niveaux de conformités et de satisfaction ont été évalués au moyen de ces formulaires, remplis par le personnel. Ils ont été utilisés pour recueillir des informations sur la qualité de nourriture consommée par chaque patient et son niveau de satisfaction. La quantité de nourriture que chaque patient a mangée de chaque plat a été mesurée en quarts de la nourriture consommée. Ces évaluations ont été effectuées pour chaque plat servi pendant les repas, et tous les jours pendant toute la durée de l'étude.</li> <li>○ <b>Edinburgh Feeding Scale for Dementia (italian version)</b> (EdFED): la satisfaction a été mesurée à l'aide de cette échelle, pour laquelle les observations des comportements indésirables à l'alimentation ont été réalisées quotidiennement et leur fréquence a été évaluée sur une base mensuelle.</li> </ul> </li> <li>• <u>Échelle d'évaluation cumulative des maladies CIRS</u> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ <b>Dysphagia Outcome and Severity Scale</b> (DOSS) : tout d'abord, les médecins des EMS ont précédemment diagnostiqué une dysphagie chez les participants. Ils ont ensuite mesuré le niveau de dysphagie avec le DOSS, puis préparé la bonne texture pour chaque patient, en fonction de leur réponse aux différentes consistances alimentaires.</li> </ul> </li> </ul>
<p>Des précisions sur la passation et la cotation des outils sont-elles données ? quelles sont-elles ?</p>	<p>Toutes les données sur <b>l'état nutritionnel</b> des patients au cours des 6 mois précédant le début de notre intervention ont été tirées des dossiers des patients. Au lieu de cela, après le début de notre intervention, ils ont été collectés directement par notre équipe de recherche. Tous les tests sanguins ont été prescrits et gérés par le médecin en charge de chaque maison de retraite.</p>

Des précisions sont-elles données sur la variable indépendante, dépendante ? Lesquelles sont-elles ?	<p>Les paramètres biochimiques comme l'<b>albumine</b> et la <b>transferrine</b> sont décrits comme des indicateurs de malnutrition chez les personnes âgées. Les auteurs mesurent également les <b>lipides</b> et la <b>créatinine</b> en raison de l'augmentation de l'apport en protéines lié aux différentes quantités de macronutriments apportés lors de l'intervention. Cela permet un meilleur suivi de tout changement dans le métabolisme des patients.</p> <p>De plus, les conditions générales, telles que le poids et l'indice de masse corporelle (IMC) sont des indicateurs utiles pour la mesure du métabolisme des patients.</p>
<b>5. Intervention ou programme (si applicable)</b>	
Quelles sont les interventions et comment sont-elles décrites ?	<p>L'intervention est un programme alimentaire dédié, appelé « NUTRICARE ». il consiste en des aliments en portions individuelles, qui peuvent être consommés tels quels ou utilisés pour préparer des repas plus riches et plus variés.</p> <p>Les auteurs ont utilisé <b>différents niveaux de texture d'aliments de haute qualité</b> (= aliment répondant aux caractéristiques d'une personne en termes de quantité, consistance, goût, variété et appétence, permettant de minimiser la perte de poids), obtenus grâce à un processus spécifique pour répondre à la <b>consistance</b>, la <b>densité</b> et la <b>viscosité requises</b> par chaque personne dysphagique. Ce programme ne comprend pas de suppléments nutritionnels.</p>
Comment l'intervention est-elle appliquée ?	<p>Chaque repas comprenait un premier plat, un deuxième plat et un accompagnement, avec garniture, mais avec une texture modifiée, fournissant un apport moyen de 1850 calories associé au petit déjeuner et 1 collation quotidienne fournie par les maisons de retraite.</p> <p>La quantité quotidienne d'énergie et de protéines répond aux recommandations italiennes pour les personnes âgées, établies par la Société italienne de nutrition humaine. Ces recommandations sont basées sur les valeurs nutritionnelles internationales de référence (EFSA, 2010) qui tiennent compte de l'âge, du poids et de la taille de la population gériatrique. Dans notre cas particulier, nous avons considéré le besoin moyen (AR) de nutriments chez les personnes âgées.</p> <p>Le programme NUTRICARE comprenait une session de formation d'une journée pour le personnel local avant de démarrer le programme.</p>
<b>6. Méthode d'analyse des données</b>	

Quels sont les méthodes et les types d'analyses statistiques proposées (tests, ...)	<p>Toutes les données sont exprimées en moyennes <math>\pm</math> erreur standard de la moyenne.</p> <p>Pour les comparaisons entre les groupes, l'<b>ANOVA</b> à sens unique a été utilisée pour évaluer les différences de variance, le <b>test de comparaison multiple de Dunnett</b> a été utilisé comme post-test, et le <b>test de tendance</b> entre les groupes ordonnés.</p> <p>Le <b>test <i>t</i> de Student</b> a été utilisé pour comparer deux groupes.</p> <p>L'analyse statistique a été réalisée à l'aide du <b>logiciel STATA / SE14tm</b> (StataCorp LP, College Station, TX, USA) et <b>GraphPad Prism version 5.0</b>. Une valeur <math>p &lt; 0,05</math> était considérée comme statistiquement significative.</p>
Les méthodes d'analyses sont-elles justifiées ? Si oui, de quelle manière ?	Non.

## 2.2. Résultats

1. Description de l'échantillon	
Quelles sont les caractéristiques principales de l'échantillon ?	<p>L'échantillon comprenait 479 personnes âgées institutionnalisées de 20 maisons de retraite médicalisées du nord de l'Italie. Les sujets plus âgés étaient âgés de <math>79,72 \pm 12,31</math> ans (allant de 36 à 104 ans), tandis que 88,28% étaient âgés de <math>\geq 65</math> ans. Parmi ceux-ci, 67 (16,71%) étaient des hommes et 334 (83,29%) des femmes.</p> <p>Sur l'échantillon inscrit (<math>n = 479</math>), 56 patients (12%) ont abandonné l'étude: 28 (50%) sont décédés; 22 (39%) pour refus de repas; trois pour l'instabilité clinique (5%); et trois sont rentrés chez eux (5%). Vingt-deux patients ont refusé de participer à cette étude. Au final, notre échantillon d'intervention comprenait un total de 401 patients (66 hommes et 335 femmes).</p>
Des précisions sont-elles données sur les participants, si oui, lesquelles	<p>Globalement, leur niveau de comorbidité, selon l'indice CIRS, était sévère de <math>3,68 \pm 1,61</math>. 97% souffraient de troubles cognitifs (<math>CDR \pm 1</math>). Nous avons recruté des patients présentant des niveaux de dysphagie faibles à modérés (<math>\geq 2</math>), selon le DOSS, et nous avons été répartis dans le groupe d'intervention comme suit : niveau 6: 0,25%; niveau 5: 46,13%; niveau 4: 50,87%; et niveau 3: 2,74%.</p>

Des précisions sont-elles données sur la période de collecte de données, lesquelles ?	Aucune précision n'est donnée sur la période de collecte de données.
<b>2. Description des résultats</b>	



<p>Quels sont les résultats statistiquement significatifs (p.ex. <math>p &lt; 0.05</math>) ?</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- <b>Le niveau de satisfaction des participants</b> : il a été confirmé par les résultats positifs obtenus grâce à l'échelle EdFED-I, qui mesure le refus des participants de manger. A T0 (avant le début de l'intervention), le score EdFED-I moyen était de 7,98 (ET 3,65), alors qu'à la fin de l'intervention (T6) ce score est descendu à une moyenne de 6,65 (ET 3,13), avec une différence statistiquement significative (<math>p &lt; .001</math>) entre les deux scores.</li> <li>- <b>IMC</b> : Le test ANOVA des IMC a montré une différence très significative entre les valeurs observées (<math>F = 22,98</math>; <math>p &lt; 0,001</math>; valeurs observées en fonction du temps 0) et une tendance significative sur les 6 mois précédents l'étude d'intervention (test de tendance linéaire : <math>z = -8,12</math>, <math>p &lt; 0,001</math>). Selon les dossiers cliniques, lors de leur admission dans les maisons de soins infirmiers, les patients avaient un IMC moyen de <math>20,96 \pm 4,07</math> (hommes = 21,19; femmes = 20,91), et pendant leur séjour, cette valeur diminuait régulièrement chez les deux sexes. Au début de l'intervention, le score IMC moyen était de <math>17,88 \pm 3,48</math> (hommes = 18,03; femmes = 17,66). Suite à notre intervention, cette tendance s'est inversée dans notre échantillon atteignant un IMC moyen de <math>19,00 \pm 3,32</math> (19,23 chez l'homme et 18,96 chez la femme).</li> <li>- <b>Profils nutritionnels et biochimiques</b> : Nous avons observé une amélioration significative des profils nutritionnels et biochimiques de notre échantillon. <ul style="list-style-type: none"> <li>• Il y avait une amélioration progressive et significative des valeurs de <b>protéines totales</b> et <b>d'albumine sérique</b>, respectivement. Le test ANOVA pour les protéines sériques était <math>F = 301,12</math>; <math>p &lt; .001</math>; le test ANOVA pour l'albumine sérique était <math>F = 74,04</math>; <math>p &lt; 0,001</math>, et notre intervention a produit une tendance significativement positive (protéine sérique: <math>z = 34,73</math>, <math>p &lt; 0,001</math>; albumine sérique: <math>z = 19,28</math>, <math>p &lt; 0,001</math>).</li> <li>• Concernant la <b>transferrine sérique et le nombre de lymphocytes</b>, les paramètres nutritionnels ont montré des changements similaires bien qu'avec une plus grande variabilité. Le test ANOVA pour la transferrine sérique était <math>F = 115,75</math> ; <math>p &lt; 0,001</math> et le test ANOVA pour les lymphocytes sanguins était <math>F = 215,39</math> ; <math>p &lt; 0,001</math>, mais la tendance suivant notre intervention était toujours positive et significative (transferrine sérique : <math>z = 15,27</math>, <math>p &lt; 0,001</math> et lymphocytes sanguins : <math>z = 19,63</math>, <math>p &lt; 0,001</math> ; Figures 4 et 5). Les lymphocytes plasmatiques ont atteint des niveaux normaux chez 98,23% des patients.</li> <li>• <b>Paramètres lipides</b> : ils ont montré une forte diminution du <b>cholestérol total</b> et une augmentation significative du <b>cholestérol HDL</b>; cependant, les <b>triglycérides plasmatiques</b> ont montré des changements significatifs (test ANOVA: <math>F = 4,49</math>; <math>p &lt; 0,001</math>; post-test de Dunnett <i>ns</i> ; test de tendance <math>z = -3,06</math>, <math>p &lt; 0,01</math>). Le test ANOVA pour le cholestérol total était <math>F = 71,85</math>; <math>p &lt; 0,001</math> et le test ANOVA pour le cholestérol HDL était <math>F = 95,52</math>; <math>p &lt; .001</math>. Le post-test de tendance linéaire était significatif pour les deux paramètres (cholestérol total: <math>z = -22,61</math>, <math>p &lt; 0,001</math>;</li> </ul> </li> </ul>
--	--

	<p>cholestérol HDL: <math>z = -19,96, p &lt; 0,001</math>).</p> <p>- <b>Mini Nutritional Assessment-Short Form®</b> (MNA – SF) a montré un test ANOVA significatif ( <math>F = 46,61; p &lt; 0,001</math>) et une tendance de croissance significative ( <math>z = 18,44, p &lt; 0,001</math>)</p>
Quels sont les autres résultats importants ?	<p><b>Poids corporel</b> : Le poids corporel des patients s'est également amélioré après une baisse constante et spectaculaire après l'admission dans les maisons de soins infirmiers. Nous avons enregistré une diminution moyenne de <math>15,37\% \pm 9,40\%</math>, alors que le regain résultant de l'introduction du nouveau régime était de <math>7,19\% \pm 8,81\%</math>. Nous avons observé la même tendance de poids corporel et d'IMC également dans le groupe des plus de 85 ans.</p> <p><b>État fonctionnel</b> : Les données sur l'état fonctionnel ont montré un score moyen des activités instrumentales de la vie quotidienne qui est resté faible tout au long de l'étude (<math>0,65 \pm 2,31</math>). L'indice de Barthel était également faible pendant les mesures. Une tendance à la baisse a été observée avant le début de notre étude, et notre intervention a interrompu cette tendance négative (test de tendance <i>ns</i>).</p>

### 2.3. Discussion

## 1. Résumé des résultats

<p>Un <b>résumé</b> des résultats est-il présenté ? Si oui, que contient-il ?</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Le programme NUTRICARE a permis aux patients d'assurer de bons comportements physiologiques associés à la déglutition et un écoulement du bolus grâce à la texture modifiée des aliments (adéquation de l'épaisseur, de la cohésion et la glissance)</li> <li>- Les <b>protéines sériques</b> après l'admission dans les maisons de retraite sont tombées en dessous de 4 g/dl. l'administration de compléments nutritionnels médicaux a probablement conduit à une croissance lente, mais l'intervention des auteurs a permis de normaliser ce paramètre.</li> <li>- <b>L'albumine sérique</b> s'est améliorée progressivement mais régulièrement au cours de notre étude, atteignant une valeur moyenne supérieure à la valeur initiale.</li> <li>- La concentration de <b>triglycérides plasmatiques</b> est restée stable et ce résultat est important si l'on considère les valeurs de cholestérol : le <b>le cholestérol plasmatique total</b> a rapidement diminué après l'introduction du régime modifié. En effet, à la fin de la période d'observation, sa concentration avait chuté d'environ 30%, ce qui a suscité des inquiétudes en matière de sécurité. Néanmoins, Le <b>cholestérol HDL</b> avait augmenté de plus de 15 % (d'environ 50-60 mg/dl), indiquant que la réduction du cholestérol total était due au cholestérol des lipoprotéines de haute densité (LDL). Cet événement était positif en termes de réduction des facteurs de risque cardiovasculaire. Donc, le niveau stable des triglycérides et l'augmentation du cholestérol HDL ont montré que l'état nutritionnel et le métabolisme s'amélioraient.</li> <li>- Le <b>Mini Nutritional Assessment-Short Form (MNA-SF)</b>, révélant un score extrêmement bas lors de l'admission en EMS, a augmenté de 2 points après l'introduction du nouveau régime et la tendance était hautement significative.</li> <li>- Tous ces différents résultats ont été observés en présence d'un <b>taux de créatinine sérique stable</b> (ne révélant donc aucun changement de la fonction rénale).</li> </ul>
<p>Comment la recherche répond-elle à l'objectif visé ou à l'hypothèse de départ ?</p>	<p>Le rétablissement de l'état nutritionnel dans cette cohorte de patients dysphagiques âgés a été obtenu en 6 mois sans autre supplémentation nutritionnelle. En fait, à la fin de notre étude, toutes les maisons de retraite participantes ont décidé de poursuivre le programme nutritionnel introduit par notre intervention.</p>
<p><b>2. Liens avec les autres auteurs</b></p>	
<p>Comment les <b>résultats se rattachent-ils à d'autres études</b> (similitudes, différences,...)</p>	<p>Les améliorations cliniques nutritionnelles obtenues par la présente étude sont très positives par rapport aux études antérieures qui ont fait état de tentatives non concluantes de mise en œuvre d'aliments à texture modifiée pour les propriétés nutritives de la dysphagie avec amélioration des micronutriments et de la qualité sensorielle (Hall &amp; Wendin, 2008 ; Keller, Chambers, Niezgoda, &amp; Duizer, 2012). Les aliments en purée, qu'ils soient de production interne ou commerciale, n'ont pas répondu aux attentes en matière de qualité sensorielle et de propriétés nutritionnelles jusqu'à présent (Keller, Locher, &amp; Steele, 2014 ; Steele et al., 2015).</p>

### 3. Recommandations ou suggestions

Quelles recommandations ou étapes futures sont-elles proposées ? Pour la pratique ? Pour la recherche ?	Nos résultats corroborent un modèle expérimental in vivo indiquant comment un déclencheur/stimulus gustatif peut déclencher la déglutition chez les personnes souffrant de dysphagie, par l'activation synergique du cerveau supérieur et du système nerveux périphérique (Humbert & Joel, 2012). Cela peut être important pour le développement de nouveaux concepts de régimes alimentaires, basés sur des stimuli gustatifs à texture modifiée qui déclenchent l'initiation de la déglutition comme partie intégrante du processus de déglutition en cas de dysphagie, afin de réduire la malnutrition.
Comment les suggestions-recommandations peuvent-elles s'appliquer dans la pratique clinique ?	<p>Les professionnels de la santé doivent être conscients qu'une bonne nutrition n'est pas un supplément facultatif mais un droit humain fondamental et une condition préalable à une bonne santé et une bonne qualité de vie, en particulier lorsqu'ils s'occupent de populations de patients fragiles comme les personnes âgées dysphagiques.</p> <p>Le programme NUTRICARE avec une teneur adéquate en protéines, calories, macronutriments et micronutriments, des propriétés bromatologiques équilibrées et des propriétés de texture et d'appétence appropriées a réussi à réduire la malnutrition, en atteignant l'apport calorique et nutritionnel équilibré requis chez les patients atteints de dysphagie.</p> <p>Un programme dédié aux aliments à texture modifiée comme NUTRICARE offre une solution efficace et innovante pour lutter contre la malnutrition chez les personnes âgées dysphagiques et améliorer leur santé et leur qualité de vie.</p>
<b>4. Limites de la présente étude</b>	
Quelles sont les limites/biais de l'étude ?	L'échantillon de convenance a été déterminé par la participation volontaire des maisons de retraite à notre étude, qui ont fourni des soins généraux aux personnes inscrites pendant la période d'observation. Les participants étaient des personnes souffrant de déficiences physiques, psychiques et sensorielles, dont les conditions de santé auraient pu être une variable de confusion pour le résultat général de cette étude. L'analyse CIRS n'a pas montré d'aggravation significative, mais des investigations complémentaires avec des essais cliniques permettraient de vérifier avec plus de fiabilité le résultat de l'intervention.

## 2.4. Conclusions

### 1. Retour sur l'objectif, question, hypothèse

De quelle manière la recherche a-t-elle répondu à l'objectif visé ?	L'intervention NUTRICARE a réduit les difficultés de déglutition chez les personnes dysphagiques, et beaucoup ont même commencé à manger seuls, ce qui a contribué à améliorer l'aspect socialisant des repas. Par conséquent, le gain nutritionnel des patients présente des avantages importants en termes de réduction de la malnutrition. De plus, le fait d'éviter la supplémentation et l'allongement du temps d'alimentation pour les personnes atteintes de dysphagie pourrait se traduire par des économies importantes pour les maisons de retraite.
<b>2. Principaux résultats</b>	
Quels sont les principaux résultats significatifs de la démarche ?	Les principaux résultats, que vous trouvez plus haut, ne sont pas repris dans le chapitre Conclusion par les auteurs.

### 3. Références

- Tétreault, S., Sorita, E., Ryan, A., & Ledoux, A. (2013). *Guide francophone d'analyse systématique des articles scientifiques (GFASAS)*. Laval, Québec : (s.n.).
- Tétreault, S., Sorita, E., Ryan, A., & Ledoux, A. (2014). *Guide pour analyser les articles scientifiques et maximiser sa lecture - Guide francophone d'analyse systématique des articles scientifiques (GFASAS)*. Laval, Québec : (s.n.). Dans S. Tétreault & P. Guillez (Éds), *Guide pratique de recherche en réadaptation* (1<sup>re</sup> éd., p. 545). Louvain-la-Neuve, Belgique : De Boeck, Noto.
- Zanini, M., Bagnasco, A., Catania, G., Aleo, G., Sartini, M., Cristina, M. L., ... Sasso, L. (2017). A Dedicated Nutritional Care Program (NUTRICARE) to reduce malnutrition in institutionalised dysphagic older people: A quasi-experimental study. *Journal of Clinical Nursing*, 26(23–24), 4446–4455. <https://doi.org/10.1111/jocn.13774>

## Grille de Tétreault – Article 10

### 1. Parties communes à tous les articles

#### 1.1. Identification de l'article et du résumé

1. Titre	
Titre (noter le titre)	Acceptance of texture-modified in-between-meals among old adults with dysphagia
Thèmes abordés	Acceptation des repas intermédiaires à texture modifiée chez les adultes âgés souffrant de dysphagie
Le titre réfère-t-il à une population précise ou à une question pertinente, si oui, laquelle ou lesquelles	Personnes âgées dysphagiques
2. Auteurs	
Auteurs (noter les auteurs)	- S.L. Okkels, M. Saxosen, S. Bügel, A. Olsen, T.W. Klausen, A.M. Beck

Préciser leur rattachement, institution, lieu de travail, pays	<ul style="list-style-type: none"> <li>- S.L. Okkels : Unité de recherche en diététique et nutrition, Hôpital universitaire de Gentofte, Gentofte, Danemark ; Département de nutrition, d'exercice et de sport, Faculté des sciences, Université de Copenhague, Frederiksberg C., Danemark</li> <li>- M. Saxosen : Unité de recherche en diététique et nutrition, Hôpital universitaire de Gentofte, Gentofte, Danemark</li> <li>- S. Bügel : Département de nutrition, d'exercice et de sport, Faculté des sciences, Université de Copenhague, Frederiksberg C., Danemark</li> <li>- A. Olsen : Département des sciences alimentaires, Faculté des sciences, Université de Copenhague, Frederiksberg C., Danemark</li> <li>- T.W. Klausen : Département d'hématologie, Hôpital universitaire de Herlev, Herlev, Danemark</li> <li>- A.M. Beck : Unité de recherche en diététique et nutrition, Hôpital universitaire de Gentofte, Gentofte, Danemark ; Université métropolitaine, Faculté de santé et de technologie, Département de nutrition et de sage-femme, Copenhague, Danemark</li> </ul>
<b>3. Mots clés</b>	
Mots clés (noter les mots clés)	Formulaire d'observation de l'alimentation minimale (MEOF) ; Schéma de validation de l'alimentation (EVS) ; Aimant ; Résidents de maisons de retraite ; Produits enrichis en protéines Dénutrition
<b>4. Résumé</b>	
Décrire brièvement les objectifs, la méthodologie, les résultats	<p>Objectif : Les repas intermédiaires à texture modifiée sont particulièrement importants pour les personnes souffrant de dysphagie. Il leur est recommandé de manger 3 à 5 repas intermédiaires par jour afin d'assurer un apport alimentaire quotidien adéquat. L'objectif de la présente étude pilote était d'identifier les repas intermédiaires les plus appréciés des adultes âgés en fonction de leur saveur et de décrire les propriétés sensorielles de base de ces repas intermédiaires. Ensuite, l'égalité entre les préférences fondées sur la saveur et celles fondées sur l'apparence a été étudiée.</p> <p>Méthodes : Dans trois maisons de retraite, 30 adultes âgés de 70 ans ou plus souffrant de dysphagie ont été recrutés. Ils ont évalué 20 plats intermédiaires à texture modifiée en fonction de leur saveur et de leur apparence sur une échelle hédonique à 3 points.</p> <p>Résultats : Lorsqu'on a demandé aux participants d'évaluer leur goût en fonction de la saveur, les repas intermédiaires les plus appréciés étaient congelés, froids et sucrés (crème glacée à la vanille, parfait à la fraise et panna cotta). Ces repas étaient parmi les repas intermédiaires les plus riches en graisses et en énergie. L'appréciation basée sur la saveur et l'apparence était égale dans 18 des 20 échantillons. En outre, les caractéristiques nutritionnelles et sensorielles des repas préférés ont été décrites</p>

## 1.2. Introduction

<b>1. Pertinence</b>	
Est-ce que la justification de l'étude repose sur des constats théoriques, des observations, des faits ou des données statistiques ?	La société européenne de nutrition clinique et de métabolisme (ESPEN) a élaboré des lignes directrices sur la nutrition des personnes atteintes de démence et des personnes âgées à risque de dénutrition (Beck, AM communication personnelle, 23 octobre 2017). Tous deux recommandent de prévoir des repas intermédiaires pour répondre à un apport alimentaire adéquat de la personne. Au Danemark, le ministère danois de l'alimentation a formulé cette recommandation très clairement et indique que les adultes âgés ayant des problèmes d'alimentation (y compris les personnes souffrant de dysphagie), devraient consommer au moins trois repas intermédiaires riches en protéines et en énergie par jour.
<b>2. Originalité</b>	
Comment l'auteur explique-t-il l'originalité de la démarche ?	Afin d'assurer la sécurité et la bonne alimentation des personnes souffrant de dysphagie, des aliments à texture modifiée (RTM) d'une consistance spéciale ont été créés. Le RTM est l'une des différentes interventions nutritionnelles à utiliser pour les personnes souffrant de dysphagie. Dans cette étude pilote, les types de texture des repas intermédiaires étaient soit hachés et humides, soit en purée. Tous les participants ont été capables de manger ces types de texture. Pour obtenir une texture de purée, les liquides ont été ajustés avec un agent épaississant (les liquides doivent être pris avec une cuillère). Des évaluations sensorielles de différents aliments à texture modifiée ont été réalisées avec des produits carnés, des aliments à base de carottes, des soupes, des pâtes et des timbales. Bien que les personnes atteintes de dysphagie constituent l'un des groupes les plus vulnérables en matière de dénutrition, aucune de ces études n'a évalué les aliments à texture modifiée que ces personnes préfèrent entre les repas. C'est pourquoi cette étude s'est concentrée sur ces personnes.
<b>3. Plan de l'article</b>	
Le plan est-il précis, logique et détaillé ? Les étapes à venir sont-elles bien précisées ?	(1)Collecte des données ; (2)Formulaire d'observation de l'alimentation minimale ; (3) Schéma de validation de l'alimentation ; (4) Sélection des repas intermédiaires ; (5) Adaptation de la texture ; (6) Enrichissement ; (7) Stockage ; (8) Garniture ; (9) Couches ; (10) Séances de dégustation ; (11) Analyse statistique
Quels sont les objectifs, les questions de recherche ?	L'objectif de la présente étude pilote était d'identifier les plats intermédiaires les plus appréciés par les adultes âgés en fonction de leur saveur et de décrire les propriétés sensorielles de base de ces plats intermédiaires.

### 1.3.Recension des écrits scientifiques ou présentation des concepts théoriques



1. Modèle théorique	
Un modèle théorique, cadre conceptuel ou explication sont-ils proposés ? Si oui, lesquels ?	Les auteurs ne reportent pas de modèle théorique.
Comment le modèle théorique, cadre conceptuel est-il justifié ?	/
2. Limites des écrits	
Préciser les limites ou contraintes provenant d'autres auteurs	/

## 2. Article portant sur une étude quantitative

### 2.1. Méthodologie

1. Question de recherche	
Quelles sont les variables importantes ?	Variable dépendante : l'appréciation du saveur Variable indépendante : saveur et apparence et goûts des aliments testés

Les variables importantes sont-elles bien définies ?	Non les auteurs ne définissent pas les variables.
Quels sont les questions ou les objectifs de recherche ?	Ils sont reportés plus haut dans ce tableau.
Des précisions sont-elles données sur la variable indépendante, dépendante ? Lesquelles sont-elles ?	Les auteurs ne donnent pas de précisions.
Quelles sont les hypothèses de recherche ?	Les auteurs n'émettent pas d'hypothèses
<b>2. Devis</b>	
Quel est le devis de l'étude ?	Étude pilote
Le devis est-il bien détaillé ?	Oui les auteurs détaillent toutes les étapes du devis
De quelle façon les règles éthiques sont-elles respectées ?	Après avoir examiné le protocole de l'étude, le comité d'éthique danois a conclu que l'approbation formelle de l'étude pilote n'était pas nécessaire (numéro de référence H-16019673)

Précision du type de devis ou de la procédure expérimentale	/
Quelles explications sont fournies pour la collecte d'informations ?	L'étude pilote a eu lieu au printemps 2016 dans trois maisons de soins infirmiers situées dans trois zones de municipalités différentes au Danemark. Une personne de contact a été identifiée dans chaque maison de retraite afin de sélectionner les participants. Deux assistants de recherche (MS et SLO) ont approché les participants et leur ont présenté l'étude pilote par des informations orales et écrites et pour signer la feuille de consentement.
<b>3. Sélection des participants ou objets d'étude</b>	
Quelle est la population visée ? est-elle bien définie ?	Oui, personnes âgées institutionnalisées dysphagiques
Comment se réalise la sélection des participants ?	Au moment de l'inclusion dans l'étude pilote, une personne de contact de la maison de retraite a recueilli les données suivantes dans le dossier médical des participants : Âge, diagnostic, enregistrement de la démence et mode d'alimentation et de boisson. Cette procédure a été effectuée en collaboration avec SLO, qui a évalué les difficultés d'alimentation et l'état nutritionnel avec un assistant de recherche (MS) en observant et en interrogeant les participants à l'aide du Minimal Eating Observational Form (MEOFI) et du Eating Validation Scheme (EVS).

Des critères d'inclusion, d'exclusion de l'échantillon sont-ils présentés quels sont-ils ?	<p>Pour être inclus dans l'étude pilote, les participants doivent être :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>(1) être âgés de plus de 70 ans,</li> <li>(2) présenter le symptôme de la dysphagie, évalué par un ergothérapeute ou le personnel soignant de la maison de retraite,</li> <li>(3) capables de comprendre le danois,</li> <li>(4) capable d'évaluer l'apparence et le goût,</li> <li>(5) capables de manger des aliments à texture modifiée.</li> </ul> <p>D'autre part, les participants étaient exclus de l'étude s'ils étaient :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>(1) en état terminal,</li> <li>(2) souffrant d'allergies ou d'intolérances alimentaires,</li> <li>(3) recevant exclusivement une nutrition entérale ou parentérale.</li> </ul> <p>La démence n'était pas considérée comme un critère d'exclusion, car les tests de l'étude pilote ne nécessitaient pas de hautes fonctions de mémoire, de concentration ou de langage.</p>
Est-ce qu'il y a une répartition des participants en groupe ? (témoin ou contrôle) comment cette répartition se réalise-t-elle ?	Les auteurs n'ont pas reparti l'échantillon en groupes.
Précision de la procédure pour faire le choix des participants	Les auteurs ne donnent pas de précisions ultérieures
Précisions sur la justification de la taille de l'échantillon	Les auteurs ne justifient pas la taille de l'échantillon dans la méthodologie.
<b>4. Choix des outils de collecte d'information</b>	

Les instruments de mesure sont-ils décrits de manière précise ? Quels sont-ils ?	<p>Les outils sont reportés dans la question « Comment se réalise la sélection des participants »</p> <p>D'autres outils utilisés sont : l'outil de dépistage Minimal Eating Observational Form (MEOF), pour identifier l'état des difficultés alimentaires. Il s'agit d'une échelle catégorielle dont la fiabilité et la validité ont été testées auprès de résidents de maisons de retraite souffrant de dysphagie. Outre les problèmes de mastication et de déglutition, l'échelle inclut les difficultés d'ingestion et l'énergie nécessaire pour manger le repas. L'échelle va de 1 à 9, un chiffre plus élevé correspondant à un handicap plus important.</p> <p>Les évaluations nutritionnelles ont été réalisées à l'aide de l'Eating Validation Scheme (EVS), qui est recommandé au Danemark pour les personnes âgées recevant des soins à domicile et les résidents des maisons de retraite. L'évaluation EVS comporte des questions sur les habitudes alimentaires, les facteurs de risque nutritionnels et la perte de poids. L'évaluation peut donner lieu à trois scores différents : 0 pour les participants qui ne risquent pas d'être sous-alimentés ; 1 signifie qu'il existe un risque de sous-alimentation ; 2 signifie que le participant bénéficiera d'une intervention nutritionnelle. Les problèmes de mastication et de déglutition faisant partie des facteurs de risque nutritionnels inclus, la dysphagie entraîne un risque de sous-alimentation. Un participant souffrant de cette condition aura un score EVS d'au moins 1.</p>
Comment se réalise concrètement la collecte des données ? Quelle est la fréquence de passation des outils ?	Les auteurs ne précisent pas la fréquence
Des précisions sur la passation et la cotation des outils sont-elles données ? quelles sont-elles ?	Oui, la cotation de l'outil est reporté dans la question « Description des instruments de mesure ».
Des précisions sont-elles données sur la variable indépendante, dépendante ? Lesquelles sont-elles ?	Les auteurs ne précisent pas les variables, une déduction peut être faite par les graphiques démontant les résultats.
<b>5. Intervention ou programme (si applicable)</b>	

<p>Quelles sont les interventions et comment sont-elles décrites ?</p>	<p><u>Sélection des repas intermédiaires :</u>  Afin de créer les repas intermédiaires à tester, 20 des repas intermédiaires les plus fréquemment commandés par les personnes âgées ayant un petit appétit ont été choisis dans les menus de deux hôpitaux et d'une cuisine municipale. Une variété de repas intermédiaires de différentes saveurs, couleurs et types d'aliments ont été choisis, tous à haute teneur en protéines et en énergie, allant des mousses, aux bouillies et aux soupes. La plupart des repas intermédiaires étaient des repas intermédiaires traditionnels danois. Par exemple, la soupe au pain de seigle est un petit-déjeuner populaire chez les adultes danois âgés.</p> <p><u>Adaptation de la texture :</u>  Les repas intermédiaires étant destinés aux adultes âgés souffrant de dysphagie, la consistance choisie était similaire à celle du TMF, avec une texture hachée, humide ou en purée. Les descripteurs de texture ont été réalisés selon les normes danoises, très similaires au cadre de l'Initiative internationale de normalisation des régimes alimentaires pour la dysphagie (IDDSI).  Pour répondre à cette exigence, certains repas ont été, si nécessaire, transformés ou mélangés. En outre, la glace à la vanille et le parfait à la fraise utilisés dans l'étude pilote avaient une texture spéciale qui restait en purée après avoir été fondus.</p> <p><u>Enrichissement :</u>  Sur la base de la recette originale, certains repas ont été enrichis en protéines avec la poudre de protéines Adosan® (100 % de protéines) provenant du veau ou Arla® Protino (80 % de protéines) provenant du lactosérum. Chaque repas intermédiaire contenait des protéines et de l'énergie variant entre 1,9 et 9,7 g et 165e1409 kJ par portion. Les soupes et la purée de pommes de terre ont été choisies pour faire partie de l'offre de repas intermédiaire, afin d'inclure une variété de saveurs et de températures dans le menu testé. Les repas intermédiaires de consistance liquide et l'eau utilisée pour le rinçage de la bouche entre les dégustations ont été ajustés avec un agent épaississant pour avoir la consistance souhaitée (Ressource, ThickenUp Clear, Nestlé Institute of Health Sciences, Suisse).</p> <p><u>Stockage :</u>  Pour des raisons pratiques, les repas intermédiaires ont été conservés congelés dans des gobelets en plastique (environ 100 g chacun) et décongelés au réfrigérateur la veille du service. Avant de servir les soupes, la purée de pommes de terre, le riz au lait et la soupe au pain de seigle ont été réchauffés environ 2 minutes dans un four à micro-ondes à 400 Watt jusqu'à ce qu'ils atteignent une température d'environ 45 C. Le parfait aux fraises et la glace à la vanille ont été servis congelés après avoir été légèrement tempérés à température ambiante. Les autres repas ont été servis froids à une température d'environ 15°C. Les recettes complètes sont disponibles sur demande auprès du premier auteur.</p>
--	---

Garnitures :

Six des repas ont été garnis pour leur donner un aspect plus attrayant : Le milkshake a été saupoudré de poussière de framboise, la mousse au rhum de poussière de nerprun, la panna cotta de poussière de myrtille et la purée de pommes de terre et la soupe au potiron de poussière de persil. En outre, le porridge de riz était servi avec du sucre à la cannelle.

Couches :

Les sept plats intermédiaires suivants ont été préparés en plusieurs couches : la soupe de pain de seigle à la crème fouettée, la bagatelle de pruneaux, la gelée de framboises, la bouillie de fraises, la bouillie de pommes à la crème de vanille et la purée de pommes de terre au lard et à la purée d'oignons.

Caractérisation sensorielle de base :

Deux personnes ayant une expérience culinaire et sensorielle (MS et SLO) ont évalué chaque repas intermédiaire au cours d'une séance de dégustation et ont sélectionné les descripteurs sensoriels à utiliser dans l'étude pilote en fonction du goût de base prédominant et de la température de service. Les goûts de base prédominants dans les 20 repas intermédiaires ont été divisés en trois : salé, acide et sucré, ainsi que les températures de service : chaud, froid ou congelé.

<p>Comment l'intervention est-elle appliquée ?</p>	<p>Les auteurs ont développé un questionnaire afin d'évaluer les préférences alimentaires des participants. Il a été développé en coopération avec des professionnels de la santé et les auteurs, testé avec des échelles de différentes tailles et construit en danois.</p> <p>L'appétit pouvant être un facteur de confusion influençant la préférence de goût, cet aspect a été évalué afin de pouvoir effectuer une analyse de corrélation sur la façon dont il a influencé les résultats. Le questionnaire comprenait des questions concernant le niveau d'appétit, l'apparence et la saveur de chaque échantillon.</p> <p>Une échelle de Likert en 3 points avec des symboles représentant des expressions faciales et des catégories de réponses : "Mauvais", "Ni bon ni mauvais" et "Bon" ont été choisies pour rendre le questionnaire simple et compréhensible pour le groupe cible.</p> <p>À l'aide d'une simple échelle de catégories, le participant a été interrogé au début de l'entretien : "Quelle est votre sensation de faim en ce moment ?". Ensuite, avant de goûter l'échantillon, le participant a été interrogé : "A quel point aimez-vous l'apparence de l'échantillon ?". Et après avoir goûté une cuillère à café de l'échantillon : "à quel point aimez-vous le goût de l'échantillon ?". Les participants ont reçu des instructions sur la manière de différencier leurs réponses.</p> <p><u>Séance de dégustation :</u></p> <p>Chaque participant a goûté et évalué 5 différents repas intermédiaires une fois par jour pendant quatre jours consécutifs, soit un total de 20 repas intermédiaires. La session s'est déroulée comme un entretien et a duré environ 15 minutes par jour. Comme il a été démontré précédemment que l'appétit pour les repas intermédiaires est plus fort le matin que l'après-midi, l'heure de la séance de dégustation a été choisie entre 9h30 et 11h30</p>
<p><b>6. Méthode d'analyse des données</b></p>	



Quels sont les méthodes et les types d'analyses statistiques proposées (tests, ...)	<p>L'analyse statistique a été réalisée à l'aide de IBM SPSS Statistics version 22.3 et Graphpad Prism version 6.</p> <p>La distribution normale des données a été testée et le test T a été utilisé comme un outil robuste et valide pour l'analyse de ces données. Un test T apparié a été réalisé pour étudier les différences significatives entre les évaluations de l'apparence et de la saveur des 20 repas intermédiaires. Ces tests statistiques et les valeurs P étaient bilatéraux, <math>P &lt; 0,05</math> étant considéré comme statistiquement significatif.</p> <p>Les caractéristiques des adultes âgés ont été présentées sous forme de moyennes <math>\pm</math> écart-type (ET) ou de nombres et de pourcentages (%). Lors de la division de l'appréciation du goût en fonction du contenu nutritionnel (protéines, matières grasses et énergie respectivement), les données ont été distribuées de manière non paramétrique et les corrélations ont été calculées à l'aide du coefficient de corrélation de Spearman.</p> <p>Lors de la répartition des goûts en fonction des caractéristiques sensorielles (goût de base prédominant, température de service, couche et saupoudrage), le test de Kruskal Wallis a été adopté pour tester la différence entre ces caractéristiques (ANOVA à sens unique sur le rang).</p> <p>Une simple équation d'estimation généralisée a été réalisée pour tester si le degré d'appétit (variable indépendante) influençait l'appréciation de la saveur (variable dépendante).</p>
Les méthodes d'analyses sont-elles justifiées ? Si oui, de quelle manière ?	La justification est reportée ci – dessus.

## 2.2. Résultats

1. Description de l'échantillon	
Quelles sont les caractéristiques principales de l'échantillon ?	Cinquante-cinq adultes âgés ont été informés de l'étude pilote et ont été sélectionnés en fonction des critères d'inclusion et d'exclusion. Parmi eux, douze n'ont pas souhaité participer et treize n'ont pas satisfait aux critères d'inclusion. Par la suite, trente adultes âgés souffrant de dysphagie et provenant de trois maisons de retraite différentes ont accepté de participer

Des précisions sont-elles données sur les participants, si oui, lesquelles	<p>Les causes principales de la dysphagie chez ces participants étaient des troubles neurologiques tels qu'un accident vasculaire cérébral ou la maladie de Parkinson. Trois des participants n'ont effectué qu'une partie des séances de dégustation en raison de leur réticence (N 1/4 1) ou de leur fatigue (N 1/4 2).</p> <p>Un grand nombre de participants souffraient de démence (83%), 63% d'entre eux bénéficieraient d'une intervention nutritionnelle (score EVS 2), et en ce qui concerne l'étendue des difficultés alimentaires (MEOF II), les participants se répartissaient en trois groupes presque égaux. L'âge moyen des participants (années <math>\pm</math>SD) était de <math>84 \pm 7,8</math>, et l'indice de masse corporelle moyen de <math>23,7 \pm 4,8</math> (IMC <math>\pm</math>SD) (tableau 1).</p>
Des précisions sont-elles données sur la période de collecte de données, lesquelles ?	Les auteurs ne précisent pas ultérieurement.
<b>2. Description des résultats</b>	
Quels sont les résultats statistiquement significatifs (p.ex. $p < 0.05$ ) ?	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Les aliments intermédiaires les mieux notés sont la crème glacée à la vanille, le parfait aux fraises et la panna cotta</li> <li>- Des différences significatives ont été constatées avec la température de service (congelé, froid, chaud). Plus la température est basse, plus le goût est élevé, <math>r = 0,822</math>, <math>p &lt; 0,0001</math>. Aucune différence significative n'a été constatée en ce qui concerne les repas intermédiaires avec/sans couches ou avec/sans saupoudrage (données non présentées).</li> <li>- Le goût aigre ou sucré ont obtenu des scores significativement plus élevés que ceux au goût salé. Aucune différence significative n'a été constatée lors de la comparaison des évaluations de la saveur entre les goûts sucrés et acides.</li> <li>- Un test T apparié comparant l'appréciation de la saveur à celle de l'apparence n'a montré aucune différence significative dans 18 des 20 repas. Seuls deux repas (la soupe claire et la mousse au rhum) ont montré un goût de l'apparence significativement plus élevé avec des valeurs P de 0,047 et 0,003 respectivement (données non présentées).</li> </ul>

Quels sont les autres résultats importants ?	<p><u>L'influence de l'appétit :</u>  Un goût élevé pour le goût concomitant à un degré élevé d'appétit pourrait indiquer un biais dans les données, par conséquent une simple équation d'estimation généralisée a été adoptée pour tester si le degré d'appétit (variable indépendante avec 20X30 observations) influençait l'évaluation du goût (variable dépendante avec 20X30 observations).  La valeur P du modèle était de 0,9928, indiquant que les deux paramètres n'étaient pas associés.</p> <p><u>Appréciation de la saveur :</u>  <b>Les aliments intermédiaires les mieux notés sont la crème glacée à la vanille, le parfait aux fraises et la panna cotta.</b>  À l'extrémité inférieure du spectre se trouvaient la soupe au potiron, la soupe à la carotte et la soupe claire.  Ce classement a été utilisé pour tester la corrélation entre l'appréciation moyenne du goût et les facteurs nutritionnels des repas intermédiaires. Un coefficient de corrélation significatif a été identifié pour la teneur en matières grasses et l'appréciation du goût (r 1/4 0.5706, valeur p 0.0086, Fig. 1B) ainsi que pour la teneur en énergie et l'appréciation du goût (r 1/4 0.7414, valeur p 0.0002, Fig. 1C), les deux entraînant une appréciation plus élevée du goût.  <b>Aucune corrélation entre la teneur en protéines et l'appréciation du goût n'a pu être observée (r 1/4 0,0339, valeur p non significative (0,8871), Fig. 1D).</b></p>
--	--

## 2.3. Discussion

1. Résumé des résultats	
Un résumé des résultats est-il présenté ? Si oui, que contient-il ?	/
Comment la recherche répond-elle à l'objectif visé ou à l'hypothèse de départ ?	<p>L'objectif de la présente étude pilote était d'identifier les plats intermédiaires les plus appréciés des adultes âgés en fonction de leur saveur et de décrire les propriétés sensorielles de base de ces plats intermédiaires.</p> <p>Les repas intermédiaires les plus appréciés (crème glacée à la vanille, parfait à la fraise et panna cotta) ressemblaient tous à des desserts dans le sens où ils étaient froids, congelés et principalement sucrés.</p>
2. Liens avec les autres auteurs	

<p>Comment les résultats se rattachent-ils à d'autres études (similitudes, différences,..)</p>	<p>Bien qu'il s'agisse de la première étude à évaluer les mesures hédoniques des repas intermédiaires dans ce groupe particulier de personnes âgées souffrant de dysphagie, les résultats sont conformes aux études sur les préférences en matière de repas intermédiaires chez les patients et les résidents de maisons de retraite ayant un faible appétit et peut-être une dysphagie où la crème glacée, les fruits frais et les repas intermédiaires froids, acides et sucrés étaient également préférés.</p> <p>Dans ce contexte, une étude française a montré que la perception du goût sucré est bien préservée chez les personnes âgées. Une autre étude transversale a montré que les personnes âgées préfèrent les aliments plus sucrés que les personnes plus jeunes, ce qui a été confirmé par une revue récente qui a montré que chez les adultes âgés dépendants, l'amélioration du goût sucré avait un effet positif sur l'acceptation générale des aliments.</p> <p>Cependant, les études précédentes menées chez les patients ont également observé une préférence pour les plats intermédiaires salés, ce qui contraste avec les résultats de notre étude pilote, où les repas dont le goût sucré et acide était prédominant ont été nettement plus appréciés que ceux dont le goût salé était prédominant.</p> <p>Les incohérences des résultats peuvent s'expliquer par les préférences différentes des participants en bonne santé dans les études de Beelen et al. 2017, Kremer et al. 2007 et Mojet et al. 2004 par rapport aux adultes âgés de notre étude pilote et aux patients des études de Price et al. 2006 et Olin et al. 1996. En outre, les différences dans les périodes des études pourraient également expliquer pourquoi les résultats ne sont pas similaires.</p> <p>Pour tous les stimuli, à l'exception de la mousse au rhum et de la soupe claire, les évaluations de la saveur et de l'apparence étaient en accord, ce qui indique qu'ils ont apporté la saveur attendue de leur apparence. Cela signifie qu'il y a de bonnes raisons de croire que ces repas intermédiaires seraient bien acceptés.</p> <p>Créer des repas intermédiaires nutritifs qui correspondent aux préférences des groupes cibles peut être un moyen d'améliorer leur apport nutritionnel. L'examen du contenu nutritionnel des repas intermédiaires les plus appréciés a révélé une corrélation significative entre la préférence moyenne pour le goût et la teneur en graisses et en énergie. Ceci est prometteur car ces nutriments sont d'une grande importance pour les adultes âgés atteints de dysphagie, qui sont souvent sous-alimentés et ont besoin de ces nutriments. En revanche, aucune corrélation n'a été observée en ce qui concerne l'appréciation du goût et la teneur en protéines des repas intermédiaires. La quantité de protéines ingérée par les adultes âgés est cruciale en raison de leur niveau accru de dégradation musculaire, ce qui permet d'améliorer encore la saveur des plats intermédiaires à forte teneur en protéines.</p>
<p><b>3. Recommandations ou suggestions</b></p>	

Quelles recommandations ou étapes futures sont-elles proposées ? Pour la pratique ? Pour la recherche ?	Répéter l'étude avec un nombre de participants plus grands
Comment les suggestions-recommandations peuvent-elles s'appliquer dans la pratique clinique ?	Un menu personnalisé entre les repas serait un moyen d'intervenir auprès de ce groupe, mais comme les préférences alimentaires sont fortement influencées par la culture et les habitudes de vie d'une personne, les résultats ne peuvent être extrapolés que dans un contexte danois. Cependant, la perspective d'application est large, puisque ces repas intermédiaires peuvent éventuellement convenir aux personnes atteintes de dysphagie dans la communauté en général, ainsi que dans les hôpitaux.
<b>4. Limites de la présente étude</b>	
Quelles sont les limites/biais de l'étude ?	<p>L'étude s'est déroulée dans trois maisons de retraite différentes, avec 30 résidents souffrant de dysphagie sélectionnée pour être inclus. Il n'a pas été possible d'inclure davantage de maisons de retraite dans l'étude en raison des accords et des contraintes de temps du projet pilote. Il est recommandé de répéter l'étude pilote avec un groupe plus important de participants et sur une période plus longue, afin de garantir la validité des résultats.</p> <p>Le déficit sensoriel de la population cible</p> <p>Le questionnaire simplifié afin de rendre les réponses fiables en fonction de la population de cet étude.</p>

## 2.4. Conclusions

<b>1. Retour sur l'objectif, question, hypothèse</b>	
De quelle manière la recherche a-t-elle répondu à l'objectif visé ?	Le classement des repas intermédiaires en fonction de leur saveur et de leurs caractéristiques sensorielles permet de concevoir de nouveaux repas intermédiaires pour les adultes âgés souffrant de dysphagie, en choisissant les repas intermédiaires les plus appréciés à proposer au groupe cible.
<b>2. Principaux résultats</b>	

Quels sont les principaux résultats significatifs de la démarche ?	En conclusion, il est prometteur de constater que les repas intermédiaires gras et riches en énergie, au goût aigre-doux et à la température froide ou congelée, sont les plus appréciés. Une façon de concevoir des repas pour les personnes sous-alimentées souffrant de dysphagie pourrait être de leur proposer ces repas intermédiaires nutritifs afin de leur offrir ce qui est à la fois apprécié et nécessaire.
--	---

### 3. Références

- Tétreault, S., Sorita, E., Ryan, A., & Ledoux, A. (2013). *Guide francophone d'analyse systématique des articles scientifiques (GFASAS)*. Laval, Québec : (s.n.).
- Tétreault, S., Sorita, E., Ryan, A., & Ledoux, A. (2014). *Guide pour analyser les articles scientifiques et maximiser sa lecture - Guide francophone d'analyse systématique des articles scientifiques (GFASAS)*. Laval, Québec : (s.n.). Dans S. Tétreault & P. Guillez (Éds), *Guide pratique de recherche en réadaptation* (1<sup>re</sup> éd., p. 545). Louvain-la-Neuve, Belgique : De Boeck, Noto.
- Okkels, S. L., Saxosen, M., Bügel, S., Olsen, A., Klausen, T. W., & Beck, A. M. (2018). Acceptance of texture-modified in-between-meals among old adults with dysphagia. *Clinical Nutrition ESPEN*, 25, 126–132. <https://doi.org/10.1016/j.clnesp.2018.03.119>