



**UNIVERSITÉ
TOULOUSE III
PAUL SABATIER**



**Faculté de Santé
Département Médecine Maïeutique Paramédicaux
Centre de Formation Universitaire en Orthophonie**

Certificat de Capacité d'Orthophoniste

Grade Master

Mémoire

**Adaptation française du Minimal Eating Observation Form-II :
un outil de dépistage de la dysphagie chez le sujet âgé
résidant en EHPAD**

Pauline BIENNASSIS

Sous la direction de :

Monsieur Xavier CORMARY, Orthophoniste

Madame Muriel GABAS, Orthophoniste

Jury composé de :

Madame Marine JOURDAN, Orthophoniste

Madame Léa SIMON, Orthophoniste

Juin 2024

REMERCIEMENTS

Je souhaite tout d'abord remercier mes encadrants, Xavier Cormary et Muriel Gabas, pour leur accompagnement, leurs conseils avisés et leur disponibilité. Merci pour votre vision de l'orthophonie, qui résonne profondément avec mes valeurs.

Je remercie également tous les traducteurs ayant participé à cette étude, sans qui ce projet n'aurait pas pu voir le jour. Leur contribution a été essentielle à sa réalisation.

Un grand merci à mon jury pour l'attention qu'ils ont portée à la lecture de ce mémoire.

Je tiens aussi à exprimer ma gratitude envers mes maîtres de stage pour leur accompagnement bienveillant et leur investissement. Merci pour vos remarques si justes, qui m'ont permis d'évoluer pleinement, tout en restant fidèle à moi-même. Je garde précieusement en mémoire ces conseils, qui continueront à guider mon développement professionnel.

Pour ces amitiés créées, pour ces moments vécus à vos côtés et ceux à venir, merci « Iconica ». Peu importe où nos chemins nous mèneront, ce que nous avons vécu ensemble nous unira toujours. Une mention spéciale à Anna, pour cette idée de colocation si malencontreusement réussie. Je ne pouvais pas mieux espérer.

Enfin, je tiens profondément à remercier mes amis et ma famille, qui m'ont soutenue tant dans les moments de joie que dans les périodes plus difficiles au cours de ces neuf années d'études. Je suis particulièrement reconnaissante envers mes parents, qui m'ont permis de réaliser les études que je souhaitais. Merci pour votre confiance, vos mots et votre intérêt porté à l'orthophonie, si importante à mes yeux.

TABLE DES MATIÈRES

REMERCIEMENTS.....	1
GLOSSAIRE.....	5
INTRODUCTION.....	6
CADRE THÉORIQUE.....	7
I- LA DYSPHAGIE EN EHPAD.....	7
1. Personne âgée et fragilité.....	7
1.1 Une population vieillissante.....	7
1.2 Fragilité de la personne âgée.....	7
2. Difficultés alimentaires et dysphagie.....	9
2.1 Posture et comportement.....	9
2.1.1 Généralités.....	9
2.1.2 Répercussions et prise en charge.....	9
2.2 Mastication.....	10
2.2.1 Vieillesse normale et mastication.....	10
2.2.2 Problèmes bucco-dentaires et mastication.....	10
2.2.3 Déficience motrice et mastication.....	10
2.3 Déglutition.....	11
2.4 Dysphagie.....	11
2.4.1 Définition et prévalence.....	11
2.4.2 Etiologies/Causes.....	11
2.4.3 Symptômes.....	14
2.5 Complications de la dysphagie.....	14
2.5.1 Altération de la sécurité.....	14
2.5.1.1 L'asphyxie.....	14
2.5.1.2 La pneumopathie d'inhalation.....	15
2.5.2 Altération de l'efficacité.....	15
2.5.2.1 La dénutrition.....	15
2.5.2.2 La déshydratation.....	16
2.6 Les conséquences psychosociales.....	16
3. Relation entre fragilité, dénutrition et dysphagie.....	17
3.1 Le syndrome gériatrique.....	17
3.2 Des notions liées et complexes.....	17
II- LE DÉPISTAGE DE LA DYSPHAGIE EHPAD : UNE MESURE PRÉVENTIVE.....	18
1. Le dépistage de la dysphagie.....	18
1.1 Généralités sur le dépistage.....	18
1.1.1 Définition et caractéristiques.....	18
1.1.2 Propriétés d'un test de dépistage.....	18
1.2 Le dépistage spécifique à la dysphagie.....	19
1.2.1 Populations concernées et acteurs impliqués.....	20
1.2.2 Outils de dépistage existants et utilisation.....	20
2. Le dépistage en EHPAD.....	21
2.1 Fonctionnement d'un EHPAD.....	21
2.2 L'intérêt du dépistage en EHPAD.....	21
2.2.1 Institutionnalisation croissante des personnes âgées.....	22
2.2.2 L'importance du repas.....	22
2.2.3 Un travail pluriprofessionnel.....	22
2.2.4 Dépistage insuffisant et manque de formation du personnel.....	24

2.3	Recommandations et besoin d'outils de dépistage.....	25
III-	LE MEOF-II : UN OUTIL DE DÉPISTAGE DE LA DYSPHAGIE EN EHPAD.....	26
1.	Présentation du MEOF-II.....	26
1.1	Cadre théorique et évolution.....	26
1.2	Constitution du MEOF-II.....	26
2.	Un outil de dépistage conforme aux recommandations dans la littérature.....	27
2.1	Intérêt d'un test déjà existant.....	28
2.2	Un outil valide.....	28
2.2.1	La version suédoise.....	28
2.2.2	Les versions traduites existantes.....	28
2.3	Un outil adapté au milieu institutionnel gériatrique.....	28
	PROBLÉMATIQUE ET HYPOTHÈSE.....	30
	MÉTHODOLOGIE.....	31
I -	LES MÉTHODES DE TRADUCTION INTERCULTURELLES DES INSTRUMENTS.....	31
1.	Définitions.....	31
2.	Le processus d'adaptation.....	31
3.	Les étapes de traduction interculturelle d'un test.....	32
3.1	Sélection du test et autorisation.....	32
3.2	Phase 1 : la traduction initiale.....	32
3.3	Phase 2 : la révision interne.....	33
3.3.1	Réconciliation des versions traduites.....	33
3.3.2	Traduction inversée ou « back translation ».....	34
3.3.3	Évaluation de l'équivalence.....	34
3.4	Phase 3 : la révision externe.....	35
3.5	Profil des traducteurs.....	35
3.6	Phase 4 : le test.....	36
3.7	Phase 5 : phase supra.....	36
II-	TRADUCTION VALIDE DU MEOF-II.....	36
1.	Accord de l'auteur.....	37
2.	Recrutement.....	37
3.	Procédure de traduction initiale.....	37
4.	Révision interne.....	37
5.	Profil des traducteurs.....	38
	RÉSULTATS.....	38
I-	Résultats de la traduction.....	38
1.	Profil des traducteurs.....	38
2.	Les traductions initiales.....	40
3.	Évaluation linguistique des traducteurs.....	40
4.	La révision interne.....	41
4.1	Comparatif des versions traduites.....	41
4.2	La traduction inversée (ou rétro-traduction).....	41
4.3	Equivalence de la VO et de la rétro-traduction.....	41
4.4	Récapitulatif du processus et version traduite finale.....	42
5.	Qualité de la traduction.....	45
	DISCUSSION.....	47
I-	VALIDATION DE LA TRADUCTION.....	47
1.1	Une traduction du MEOF-II suivant les recommandations.....	47
1.2	Une analyse comparative judicieuse des traductions.....	47

1.2.1 Engagement culturel du comité de relecture.....	47
1.2.2 Adaptation par son utilisation en pratique clinique.....	48
1.2.3 Adaptation par actualisation des connaissances.....	49
1. Faiblesses.....	50
2.1 Des lacunes dans la documentation des concepts du MEOF-II.....	50
2.2 Les points faibles de la traduction.....	50
II- PERSPECTIVES.....	51
1. Recueil d'avis des soignants.....	51
2. Validation de la version traduite du MEOF-II.....	51
CONCLUSION.....	52
Table des annexes.....	53
BIBLIOGRAPHIE.....	54
ANNEXES.....	74
RÉSUMÉ.....	107

GLOSSAIRE

AS : Aide(s)-soignant(s)

AVC : Accident Vasculaire Cérébral

DEAS : Diplôme d'Etat d'Aide-Soignant

DEI : Diplôme d'Etat d'Infirmier

DREES : Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques

DU : Diplôme Universitaire

EHPA : Etablissement d'Hébergement pour Personnes Âgées

EHPAD : Etablissement d'Hébergement pour Personnes Âgées Dépendantes

ESSD : European Society for Swallowing Disorders

EWGSOP : European Working Group on Sarcopenia in Older People

HAS : Haute Autorité de Santé

INSEE : l'Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques

ITC : International Test Commission

MEOF-II : Minimal Eating Observation Form-II

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

PUGG : Pratiques et Usages en Gériatrie et en Gérontologie

SFGG : Société Française de Gériatrie et de Gérontologie

SSIAD : Services de Soins Infirmiers à Domicile

USLD : Unité de Soins de Longue Durée

VA : Version adaptée

VO : Version originale

VT : Version traduite

INTRODUCTION

En France, la proportion de personnes âgées ne cesse d'augmenter. En 2020, l'INSEE a révélé un taux de 20,5% de personnes âgées de plus de 65 ans et ce taux est estimé à 21,5% au 1er janvier 2024. A ce rythme, il est possible que d'ici 2040, la part des personnes âgées d'au moins 65 ans en France puisse atteindre jusqu'à 25%.

Face à ce constat, de nouvelles problématiques émergent en matière de santé chez les personnes âgées et des mesures ciblées doivent être envisagées. Les personnes âgées présentent un risque accru de développer différentes affections, parmi lesquelles la dysphagie est incluse. Ce risque est d'autant plus présent lorsqu'elles vivent en EHPAD où la prévalence de la dysphagie varie entre 30 et 70% (Capet et al., 2007). Les complications de la dysphagie sont graves et associées à une altération de la qualité de vie et un risque de mortalité élevé chez les personnes âgées.

Pour ces raisons, sa prise en charge doit être précoce, faisant de la prévention une notion importante en gériatrie. La prévention passe entre autres par le dépistage et pour que celui-ci soit efficace en institution, il faut que les soignants soient capables de repérer les résidents à risque de dysphagie (Capet et al., 2007a). Les aides-soignants (AS) sont constamment en contact avec les résidents des EHPAD et sont donc les mieux placés pour repérer les symptômes.

L'orthophoniste est un professionnel de la santé formé pour prendre en charge la dysphagie. En accord avec le référentiel d'activités, il est habilité à initier des actions de santé publique telles que le dépistage, tout en ayant la compétence de superviser et d'organiser une institution en tirant le meilleur parti de ses ressources disponibles (Bulletin Officiel N°32, 2013). L'orthophoniste joue donc un rôle central dans la coordination de la prise en charge de la dysphagie et est chargé de proposer des solutions pour son amélioration.

Le dépistage de la dysphagie en EHPAD est peu courant (Soriano et al., 2023), et bien que le manque de formation du personnel soignant puisse être un facteur, les outils disponibles en langue française comportent des limites pour une utilisation appropriée. C'est pourquoi, dans le but d'améliorer la prise en charge précoce de la dysphagie en tant que syndrome gériatrique, nous avons choisi un outil conforme aux recommandations de l'ESSD (Speyer et al., 2022). Cet outil est suédois, l'objectif de ce mémoire sera donc de l'adapter à la population francophone tout en veillant à tenir compte des différences culturelles en matière d'alimentation et à respecter les principes conceptuels de l'outil.

CADRE THÉORIQUE

I- LA DYSPHAGIE EN EHPAD

1. Personne âgée et fragilité

1.1 Une population vieillissante

L'âge est la principale caractéristique définissant une personne âgée. Les organismes ne sont pas unanimes quant à l'âge requis pour qu'une personne soit considérée comme telle. Si l'OMS (2022) et en France, la loi de l'adaptation de la société au vieillissement du 28 décembre 2015 considère une personne âgée à partir de 60 ans, l'INSEE (2020) fixe quant à lui l'âge à 65 ans. Selon l'INSEE également, d'ici à 2030, une personne sur six aura 60 ans ou plus dans le monde, et le nombre de personnes de 80 ans et plus devrait tripler d'ici 2050. De plus, d'après les résultats de l'enquête menée en 2019 par la DREES (2022) auprès des établissements d'hébergement pour personnes âgées (EHPA), il apparaît que huit personnes institutionnalisées sur dix sont prises en charge dans des EHPAD. Nous nous intéresserons donc à cette catégorie de la population, les autres résidents étant accueillis dans des structures telles que les Unités de Soins Longue Durée (USLD) par exemple.

En France, l'entrée en EHPAD commence à 60 ans, mais reste rare avant 74 ans. Les résidents sont de plus en plus âgés et dépendants avec 41,4% des résidents de plus de 90 ans fin 2019 (DREES, 2022), ce qui représente une part importante.

1.2 Fragilité de la personne âgée

Bien que la définition de la fragilité suscite de nombreux débats, la HAS (2013) a admis deux modèles validés scientifiquement pour la décrire : celui de Fried et celui de Rockwood.

Selon Fried et al. (2001), la fragilité est un syndrome associé à des modifications physiologiques et métaboliques engendrant des altérations physiques et amenant à la perte d'autonomie fonctionnelle. Un phénotype de fragilité a été créé, basé sur cinq critères : la perte de poids involontaire, la faiblesse musculaire, le manque d'endurance et d'énergie, la vitesse de marche ralentie et un faible niveau d'activité physique. Les personnes âgées ne présentant aucun de ces signes sont considérées comme robustes, celles en ayant un ou deux se retrouvent pré-fragiles et celles en présentant trois ou plus appartiennent à la population fragile. De plus, Fried et al. (2001) ont souligné l'association entre la fragilité, la diminution des capacités cognitives et la présence de maladies chroniques qui affectent les réserves physiologiques des personnes âgées. Grâce à ces critères, la fragilité peut être identifiée de manière standardisée permettant ainsi de dépister les individus à risque et d'adapter leur prise en charge. Bien qu'il ne fasse pas l'unanimité, ce modèle est généralement reconnu comme le gold standard (Theou et al., 2015).

Rockwood et al. (2005), définissent la fragilité comme étant « *un état à risque causé par l'accumulation de déficits souvent associés à l'âge* ». Ils proposent une approche globale et multifactorielle avec leur index de fragilité. Ils incluent ainsi des symptômes, des signes, des maladies et des incapacités (Rockwood & Mitnitski, 2007). Cet index est de ce fait extrêmement large, il se compose de soixante-dix items dans sa version originale (Rockwood et al., 2005). Il s'agit d'une vision quantitative, cumulative, non spécifique : plus une personne va présenter de déficits, plus la probabilité qu'elle soit fragile sera élevée.

En 2011, la SFGG a approuvé la définition suivante :

La fragilité est un syndrome clinique. Il reflète une diminution des capacités physiologiques de réserve qui altère les mécanismes d'adaptation au stress. Son expression clinique est modulée par les comorbidités et des facteurs psychologiques, sociaux, économiques et comportementaux. Le syndrome de fragilité est un marqueur de risque de mortalité et d'événements péjoratifs, notamment d'incapacités, de chutes, d'hospitalisation et d'entrée en institution. L'âge est un déterminant majeur de fragilité mais n'explique pas à lui seul ce syndrome. La prise en charge des déterminants de la fragilité peut réduire ou retarder ses conséquences. Ainsi, la fragilité s'inscrirait dans un processus potentiellement réversible (Rolland et al., 2011).

D'après la SFGG, l'évaluation de la fragilité ne s'applique pas aux individus en situation de perte d'autonomie (Hanon, 2013). Cette distinction semble donc correspondre plus étroitement à la définition de Fried qu'à celle de Rockwood.

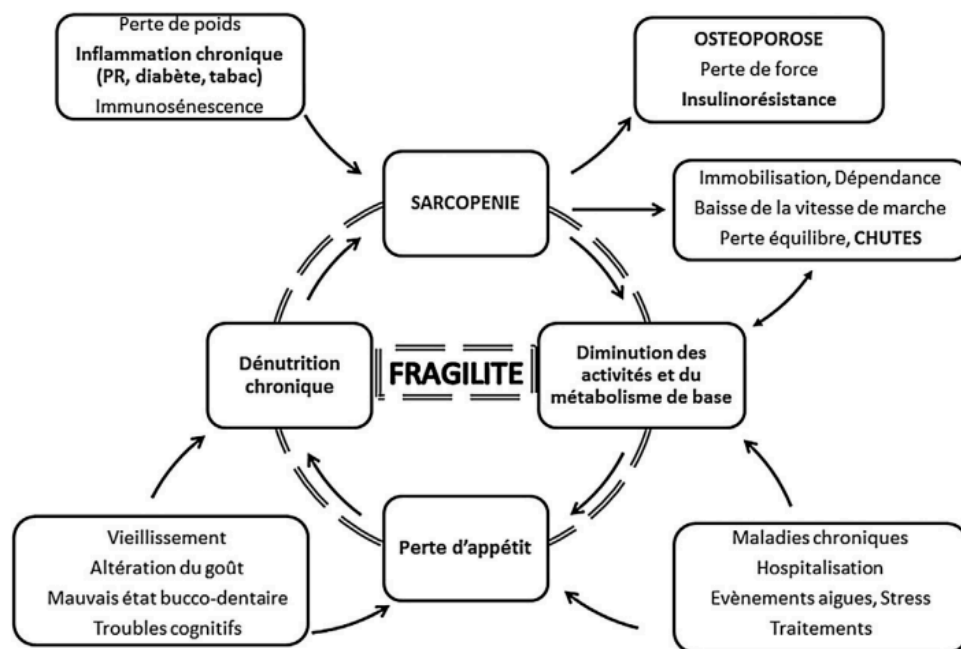


Fig 1. Cycle de la fragilité selon la conception phénotypique de Fried, d'après Fried et al (Fried, 2001)

Ainsi, le modèle de la fragilité illustré par Fried et al. (Fig.1) montre bien les interactions qui gravitent autour de la fragilité, faisant d'elle un concept clé et indispensable à prendre en compte dans la prise en charge des personnes âgées.

2. Difficultés alimentaires et dysphagie

2.1 Posture et comportement

2.1.1 Généralités

Les fonctions du système nerveux qui contrôlent la posture se détériorent avec l'âge, cela peut donc avoir un impact global sur la capacité à réaliser diverses activités (Woollacott, 1993).

L'alimentation est une activité et Costes et al (2009) ont défini trois domaines importants à évaluer lors d'une situation de repas : les troubles de la posture, le geste de mise en bouche et l'interdépendance entre posture et gestuelle. Les déformations posturales peuvent être dues à des facteurs neurologiques, environnementaux ou orthopédiques, tandis que les troubles de la gestuelle et de la mise en bouche peuvent résulter de divers troubles moteurs, sensoriels et de perception corporelle (Costes et al., 2009). L'étape pré-orale dans la fonction de déglutition (Yoshikawa et al., 2016) inclut des actions synchronisées telles que la manipulation des aliments et des ustensiles, ainsi que l'introduction en bouche lors de la prise de repas et de boissons. Elle mobilise les mouvements des yeux, des membres supérieurs, du tronc, de la tête et de la mâchoire, ainsi que des fonctions sensorielles, perceptuelles et mentales appropriées (Hansen et al., 2011a; Tamaru et al., 2021a).

2.1.2 Répercussions et prise en charge

Les problèmes de posture influent directement sur la déglutition (Costes et al., 2009). Les personnes âgées fragiles sont souvent sujettes à une instabilité posturale et rencontrent des difficultés à maintenir une position adéquate de la tête pendant les repas, ce qui, combiné à la fatigue, accroît le risque d'étouffement chez cette population (Cichero, 2018; Hansen et al., 2012). Le positionnement de la personne est donc important, et bien que la posture puisse varier selon les individus et les situations, il est généralement recommandé de maintenir une posture assise normale, caractérisée par : une tête droite et une colonne vertébrale naturellement courbée, des épaules alignées avec les bras appuyés, des hanches fléchies à un angle de 90° et le poids du corps réparti uniformément sur les deux fesses, centré et vers l'arrière du siège, avec les pieds à plat (Costes et al., 2009).

Les difficultés liées au geste de mise en bouche quant à elles peuvent engendrer le besoin d'une assistance alimentaire, ce constat est d'ailleurs fréquemment observé en institution gériatrique (Costes et al., 2009; Westergren et al., 2002). Cependant, une assistance alimentaire peut également accroître le risque de fausses routes en raison de bouchées inadaptées, d'une accumulation d'aliments dans la bouche ou de repas pris trop rapidement (Horner et al., 1994). Selon l'état du patient, une rééducation des gestes praxiques peut être nécessaire et bien souvent des aides techniques sont mises en place pour améliorer l'alimentation, mais il est crucial de les tester lors d'un repas pour évaluer leur efficacité. Cette démarche requiert généralement une collaboration d'équipe, incluant au minimum un médecin spécialisé et un ergothérapeute (Costes & Woisard, 2008; Puisieux et al., 2009).

Les problèmes de posture et de gestuelle sont étroitement liés et peuvent également être causés par d'autres facteurs, inhérents au comportement de la personne tels que des problèmes d'attention (Costes et al., 2009).

Par conséquent, il est important que les soignants en EHPAD soient capables de repérer ces difficultés qui peuvent avoir des conséquences sur la déglutition de la personne âgée. Les problèmes de gestuelle et de préhension doivent également être abordés avec précaution pour éviter d'aggraver le risque (Costes et al., 2009).

2.2 Mastication

Une fonction de mastication efficace résulte en partie de l'état préservé de la mâchoire et des dents (Allepaerts et al., 2008). Selon Boileau et al. (Boileau, 2008), cinq mouvements sont requis pour une mastication efficace : la protrusion et la rétraction qui déplacent la mâchoire d'avant en arrière dans le plan horizontal, l'élévation et la dépression qui la soulèvent ou l'abaissent dans le plan vertical, et enfin la rotation qui permet des mouvements latéraux.

2.2.1 Vieillesse normale et mastication

Dans la région oro-faciale, les muscles masséters et ptérygoïdiens médiaux diminuent (Newton et al., 1993) ainsi que la force de morsure et l'activité de la langue (Bakke et al., 1990 ; Hatch et al., 2001). Une diminution du débit salivaire et du nombre de récepteurs sensoriels est également présente (Navazesh et al., 1992 ; Mioche et al., 2004). Malgré ces changements, le vieillissement seul a peu d'impact sur la capacité à broyer les aliments en l'absence de troubles bucco-dentaires marqués (Hatch et al., 2001) mais la relation entre un âge avancé et la mastication n'a pas été suffisamment étudiée (Peyron et al., 2017).

2.2.2 Problèmes bucco-dentaires et mastication

Les personnes âgées sont souvent sujettes à des problèmes bucco-dentaires tels que les caries, la perte de dents et l'utilisation de prothèses inadaptées. Ces problèmes entraînent une mastication inefficace et coûteuse, influençant ainsi le choix alimentaire des personnes âgées (Arpin et al., 2008; Bert & Bodineau-Mobarak, 2010; Visvanathan et al., 2003). En effet, les personnes âgées souffrent de pertes dentaires sévères, auxquelles peuvent s'ajouter des troubles de la déglutition. Ils ont donc tendance à consommer des aliments plus mous et moins nutritifs et ainsi ne pas respecter les recommandations alimentaires par rapport à celles avec une perte de dents légères (Cormary, X & Tannou, Y, 2013; Savoca et al., 2010; Sulmont-Rossé & Van Wymelbeke, 2019a). De plus, la xérostomie et d'autres problèmes de salive peuvent compliquer la mastication en entravant la formation du bol alimentaire avant la déglutition. Les personnes âgées semblent compenser la perte de force musculaire et/ou de dents en mastiquant plus longtemps, stimulant ainsi la production salivaire (Wayler et al., 1982 ; Papas et al., 1998 ; Newton et al., 1993).

2.2.3 Déficience motrice et mastication

Les difficultés de motricité de la langue et le manque de tonicité des muscles impliqués dans les mouvements de mastication contribuent également à une moindre efficacité dans cette fonction (Carlsson, 1974; Liedberg & Owall, 1991). Une altération de la fonction des muscles de la langue, de la mâchoire et d'autres muscles buccaux impliqués dans la mastication est fréquemment observée

dans diverses pathologies, notamment chez les personnes âgées atteintes d'un AVC ou de maladies neurodégénératives (Peyron et al., 2017). De plus, les individus édentés dont les muscles masticateurs ne sont pas suffisamment sollicités représentent un autre exemple courant de ce phénomène (Van der Bilt, 2011; Woda et al., 2006).

Ainsi, trois facteurs majeurs affectent la mastication des personnes âgées : le nombre de dents, la qualité et la quantité de la salive, et les altérations de l'appareil moteur. Bien qu'ils soient relativement indépendants du vieillissement, ils sont tous corrélés à celui-ci et doivent être pris en compte dans l'évaluation de la mastication chez les personnes âgées (Peyron et al., 2017). En effet, la mastication a un impact sur la déglutition et elle doit être efficace et endurante pour bien préparer le bol alimentaire avant la déglutition. Certains morceaux de viande et de pain, de la taille d'une bouchée, exigent plus de 20 mouvements de mastication par bol alimentaire pour être correctement broyés ou imprégnés de salive (Engelen et al., 2005).

2.3 Déglutition

Selon Woisard et Puech, la déglutition se définit comme l'action de faire passer la salive et les aliments de la bouche vers l'estomac, les phases orale, pharyngée et œsophagienne se succédant sans interruption (Woisard-Bassols & Puech, 2011). Cette action ne se limite pas à une seule entité mais implique plusieurs structures et divers mécanismes, tous contribuant au déclin associé à l'âge, ce qui nécessite une compréhension approfondie (Dejaeger et al., 2015). Le processus naturel du vieillissement engendre plusieurs changements anatomiques et physiologiques qui affectent les fonctions d'alimentation et de déglutition (Cichero, 2018), entre autres des paramètres de synchronisation spécifiques (Namasivayam-MacDonald et al., 2018). La presbyphagie est attribuée au vieillissement naturel et non à un état pathologique (Allepaerts et al., 2014). Elle reste relativement discrète avant l'âge de 65 ans, mais devient significativement clinique chez les individus âgés de 80 ans et plus (Omari et al., 2014; Schweizer, 2010).

2.4 Dysphagie

2.4.1 Définition et prévalence

La dysphagie correspond à une difficulté à faire passer les aliments de la bouche vers l'estomac avec des difficultés de protection des voies aériennes (Woisard & Puech, 2011). Sa prévalence augmente avec l'âge et est estimée à environ 40% en institution gériatrique (Puisieux et al., 2009). Elle est la plus élevée chez les patients atteints de démence grave et de maladies neurologiques (Clavé et al., 2012; Rofes et al., 2010) et a été identifiée comme un facteur de risque de mortalité chez les résidents des maisons de retraite (Wirth et al., 2016).

2.4.2 Etiologies/Causes

Landrin et al. (2016a) classent les troubles de la déglutition chez les personnes âgées en six catégories : affections stomatologiques, ORL, neurologiques, musculaires, iatrogénie et autres, comme résumé dans leur tableau récapitulatif des principales étiologies et facteurs de risques (cf.

Annexe 1) (Landrin et al., 2016a). Nous présenterons les principales causes constatées dans les établissements gériatriques, en commençant par discuter de la sarcopénie, un concept apparu récemment et affectant les personnes âgées résidant en EHPAD.

2.4.2.1 Sarcopénie

La reconnaissance de la sarcopénie dans le langage scientifique est récente et sa définition est en constante évolution. L'European Working Group on Sarcopenia in Older People (EWGSOP) s'est réuni une première fois en 2010, puis une seconde fois en 2019 et des modifications ont été apportées à sa définition. La sarcopénie est désormais reconnue comme une maladie, touchant majoritairement la population âgée bien qu'elle puisse également concerner les patients d'un plus jeune âge (Cruz-Jentoft et al., 2019). Elle est définie par des mesures diminuées pour trois paramètres : (1) la force musculaire, (2) la quantité/qualité des muscles et (3) la performance physique en tant qu'indicateur de gravité. Le premier critère indique une sarcopénie probable, les critères 1 et 2 un diagnostic confirmé et l'ensemble des trois critères indique une sarcopénie sévère (Cruz-Jentoft et al., 2019).

Avec l'augmentation de la population âgée, la sarcopénie est un problème de santé publique mondial croissant (Shafiee et al., 2017) et il a été montré que la sarcopénie accroît la probabilité qu'une personne ait besoin d'être admise dans un EHPAD (Dos Santos et al., 2017). Or, la sarcopénie touche entre autres les muscles liés à la fonction de déglutition, la dysphagie est donc nettement plus fréquente chez les individus souffrant de sarcopénie que chez ceux qui n'en sont pas atteints (Wakabayashi, 2014 ; Zhao et al., 2018). Le terme de « dysphagie sarcopénique » existe d'ailleurs (Kuroda & Kuroda, 2012) et une étude a montré une prévalence de 45% chez une population institutionnalisée, révélant également que l'état de performance et l'état nutritionnel étaient corrélés à la dysphagie sarcopénique (Moncayo-Hernández et al., 2021).

2.4.2.2 Les affections neurologiques

D'après une étude menée en France, 39,8 % des résidents présentent une pathologie neurodégénérative ou neurologique lors de leur admission en EHPAD (Atramont et al., 2017).

- Les démences

La démence est le résultat de différentes affections et lésions qui impactent le fonctionnement cérébral. La dysphagie atteint 93 % chez les sujets ayant un syndrome démentiel toutes causes confondues en institution (Feinberg et al., 1992), pourtant elle est sous-diagnostiquée et souvent ignorée (Puisieux et al., 2009).

Les maladies neurodégénératives

Le vieillissement démographique et l'absence de traitements curatifs ont entraîné une forte augmentation du nombre de personnes souffrant de maladies neurodégénératives et cette tendance tend à croître dans les prochaines années (Santé Publique France, 2023).

La maladie d'Alzheimer

La maladie d'Alzheimer représente la cause la plus fréquente de démence, elle est responsable de 70 % des cas en France (Santé Publique France, 2022). Avec environ 225 000 nouveaux cas diagnostiqués chaque année (Fondation Vaincre Alzheimer, 2020), elle représente une cause importante des troubles de la déglutition chez le sujet âgé résidant en EHPAD. En effet, dans cette maladie, les troubles de la déglutition sont fréquents (Girod-Roux, 2012) et apparaissent à un stade avancé. L'altération sévère des fonctions supérieures entraîne des difficultés sociales et alimentaires, allant jusqu'aux troubles du comportement et parfois au refus de manger (Gentil et al., 2021), amenant à une nécessité d'aide pour les repas (Landrin et al., 2016b).

Les syndromes parkinsoniens

La maladie de Parkinson

Après la maladie d'Alzheimer, la maladie de Parkinson est la deuxième affection neurodégénérative la plus courante, c'est également la principale cause de syndrome parkinsonien (Defebvre, 2007). Les difficultés de déglutition dans la maladie de Parkinson varient selon les patients et le stade de la maladie, avec des fluctuations dans leur expression. La triade parkinsonienne (tremblements, akinésie, rigidité) affecte la durée, l'amplitude et la synchronisation des différentes phases de la déglutition (Navarro P, 2019; Rittié Bukhard A., 2016).

Les autres syndromes parkinsoniens

Ils se manifestent de manière plus précoce, sont plus sévères et entraînent des conséquences sur la posture ou les gestes (Defebvre, 2007). Parmi eux, on retrouve la Dégénérescence Cortico-Basale, la Paralyse Supranucléaire Progressive, l'Atrophie Multi Systématisée et la Maladie à Corps de Lewy (Gentil et al., 2021).

- *L'accident vasculaire cérébral*

Un AVC peut altérer les trois premières phases de la déglutition. La sévérité du trouble dépend en partie de l'emplacement de la zone cérébrale affectée et est davantage prononcée en cas d'accidents vasculaires répétés ou bilatéraux, ainsi que de multiples lacunes cérébrales (Landrin et al., 2016; Gentil et al., 2021). Bien souvent, la dysphagie s'améliore chez la plupart des patients, mais elle persiste chez 10 à 30 % d'entre eux (Puisieux et al., 2009).

2.4.2.3 Les affections stomatologiques

Les problèmes buccaux sont souvent négligés comme cause de difficultés de déglutition, pourtant nous avons montré qu'elles altèrent la première phase de déglutition, notamment en raison de la perte de dents, de l'utilisation de prothèses inadaptées et de sécheresse buccale causée par divers facteurs, comme certains médicaments ou le diabète (Capet et al., 2007b; Landrin et al., 2016b).

2.4.2.4 Les affections de la sphère ORL

Les cancers des voies aérodigestives supérieures sont les principales causes de dysphagie parmi les pathologies ORL (Capet et al., 2007a) et surviennent généralement entre 50 et 64 ans (INCa, 2022), avec des conséquences persistantes dans de nombreux cas.

2.4.2.5 La iatrogénie

De nombreux médicaments, de par leurs effets indésirables, peuvent être à l'origine de troubles de la déglutition chez le sujet âgé. Il s'agit en particulier des médicaments entraînant une xérostomie, une altération du système nerveux central et une diminution de la vigilance. Ces effets indésirables peuvent ainsi entraîner une dysphagie oropharyngée (Puisieux et al., 2009). 74 % des personnes âgées qui vivent en EHPAD consomment des médicaments psychotropes (INSEE, 2018), les plus consommés étant les antidépresseurs et les anxiolytiques (Thomas, 2023). Certains médicaments peuvent également causer une dysphagie œsophagienne, soit par reflux gastro-œsophagien, soit par œsophagite (Puisieux et al., 2009).

2.4.2.6 Autres

Parmi les autres causes de la dysphagie, figurent également la dénutrition, la déshydratation et le diabète (Puisieux et al., 2009). Le dysfonctionnement de l'œsophage est fréquent chez les personnes diabétiques et constitue une source de dysphagie (Thiolet et al., 2008). 17,1 % des personnes entrant en EHPAD sont diabétiques (Atramont et al., 2017), ce qui représente une part non négligeable.

2.4.3 Symptômes

Les symptômes de la dysphagie sont divisés en deux catégories. On retrouve les symptômes spécifiques de la dysphagie, ils sont directement liés à la déglutition et comprennent le bavage, les difficultés de mastication, la toux, le reflux nasal, les altérations de la voix et les blocages. Les symptômes non spécifiques quant à eux sont plus caractéristiques de la dysphagie chez le sujet âgé, car celle-ci est bien souvent ignorée jusqu'à ce que des complications surviennent. Ils correspondent à un allongement du temps de repas, une réduction/un refus de la prise alimentaire, une perte de plaisir à manger, une altération de l'état général, un amaigrissement, des problèmes respiratoires (Landrin et al., 2016; Allepaerts et al., 2008 ; Michel et al., 2016).

2.5 Complications de la dysphagie

Les complications organiques sont dues à une altération de la sécurité (complication primaire) ou de l'efficacité de la déglutition (complication secondaire) (Baijens et al., 2016; Cichero, 2018; Michel et al., 2016).

2.5.1 Altération de la sécurité

2.5.1.1 L'asphyxie

L'asphyxie résulte de l'obstruction des voies respiratoires par un corps étranger et peut entraîner la mort sans intervention immédiate (Ekberg et Feinberg, 1992). Certains aliments tels que

les aliments fibreux, caoutchouteux, secs peuvent provoquer l'étouffement (Rosenthal & Chen, 2015), au même titre que les textures mixées ou hachées (Berzlanovich et al., 2005). De plus, une mastication inefficace, une ingestion rapide de nourriture, une forte accumulation de nourriture dans la bouche et un transfert prématuré vers le pharynx peuvent également entraîner l'asphyxie chez les personnes âgées (Samuels & Chadwick, 2006 ; Morita et al., 2018). Enfin, d'autres éléments comme les difficultés à maintenir une posture et un positionnement adéquats, la fatigue durant les repas, ainsi que des altérations des fonctions dues à la prise de médicaments et à une capacité réduite à prendre des décisions (Cichero, 2018) peuvent également contribuer à l'asphyxie.

Trois facteurs doivent donc être pris en considération lorsqu'il s'agit d'asphyxie : les propriétés des aliments, celles des individus, ainsi que celles de leur environnement (Cichero, 2018).

2.5.1.2 La pneumopathie d'inhalation

Les pneumopathies d'inhalation posent un défi diagnostique en raison du manque de critères consensuels. Le diagnostic repose souvent sur la présence d'une infection respiratoire basse chez un patient à risque d'inhalation ou après une fausse route. Elle est causée par l'inhalation de liquide, de salive ou d'aliments contenant des agents pathogènes respiratoires. Elle devient six fois plus probable chez les plus de soixante-quinze ans, surtout en milieu institutionnel où le taux de mortalité peut atteindre 45% (Baijens et al., 2016; Oh et al., 2005; Puisieux et al., 2009). Selon Susan Langmore (2002), les trois premiers facteurs prédictifs de risque de développer une pneumopathie d'inhalation en institution sont la dépendance pour manger (41 %), la dépendance pour les soins de bouche (40 %), et le nombre de dents cariées (34 %).

2.5.2 Altération de l'efficacité

2.5.2.1 La dénutrition

Les changements liés à l'âge mentionnés précédemment, ainsi que d'autres raisons sensorielles, psychosociales ou des maladies peuvent entraîner des restrictions alimentaires chez les personnes âgées, favorisant la dénutrition (Sulmont-Rossé & Van Wymelbeke, 2019b). L'ajout d'une dysphagie accroît considérablement ce risque chez des individus déjà soumis à des limitations alimentaires et ce, peu importe leur lieu de vie (Wirth et al., 2016). Chez les patients dysphagiques âgés, la dénutrition est généralement due à une ingestion orale globale et à des forces de propulsion du bolus altérées, liées en partie à la sarcopénie et la fragilité (Baijens et al., 2016). Or, la dénutrition est une sorte de spirale, où chaque résultat altère de manière continue l'état nutritionnel du patient ce qui constitue alors un cercle vicieux. Monique Ferry (1993) a d'ailleurs bien illustré ce concept.

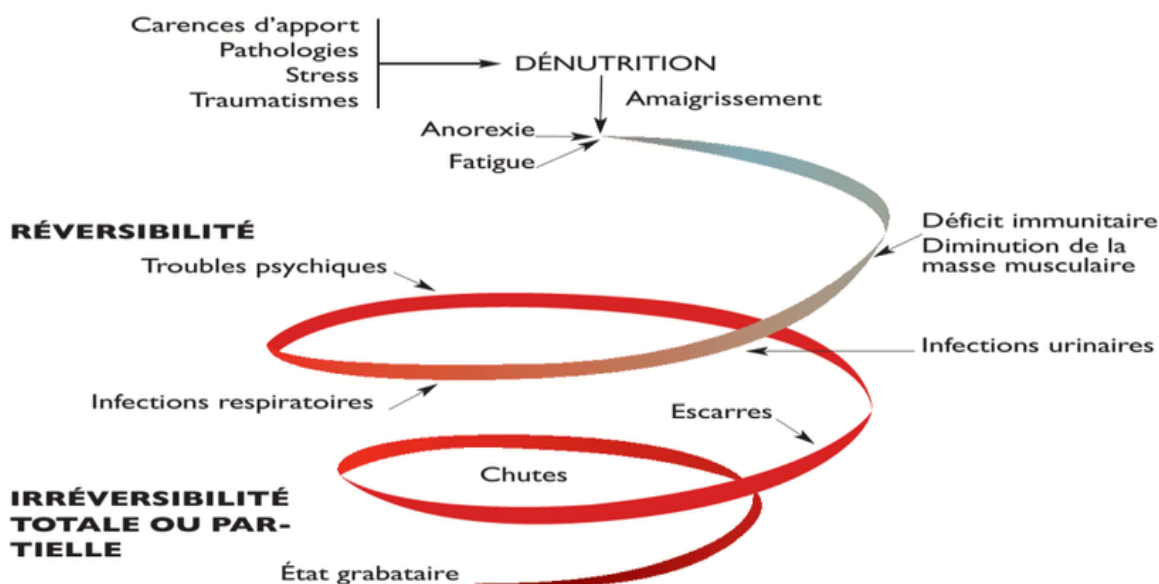


Fig. 2 : Spirale de la dénutrition d'après Monique Ferry (1993)

Les personnes souffrant de dysphagie ont environ deux fois plus de risques de développer une dénutrition (Banda et al., 2022), en particulier chez les patients résidant en EHPAD ou dans les USLD (Landrin et al., 2016b). D'après une enquête réalisée en 2009 en France, près d'un résident sur quatre en EHPAD est dénutri, tandis que plus d'un tiers de la population générale a un appétit faible ou mauvais. L'évaluation systématique de l'appétit est donc essentielle car il s'agit du meilleur indicateur de la dénutrition (Hébuterne et al., 2009).

2.5.2.2 La déshydratation

L'ingestion alimentaire devient plus compliquée chez un patient âgé dysphagique, de même que la prise de liquides, ce qui peut conduire à la déshydratation. Cette déshydratation augmente le risque de pneumopathie d'inhalation en raison de la sécheresse buccale, favorisant la colonisation bactérienne oropharyngée et les infections. Elle peut également provoquer de la confusion, des vertiges et conduire au syndrome de fragilité (Rofes et al., 2011).

Ainsi, toutes ces complications fréquentes de la dysphagie peuvent entraîner une faiblesse, une fatigue et une perte de poids involontaire chez l'individu (Cichero, 2018). Cela souligne l'importance d'apporter un soin attentif aux personnes âgées, car chaque incident indésirable peut aggraver le problème initial.

2.6 Les conséquences psychosociales

La dysphagie a un impact sur la qualité de vie et est liée à des conséquences sociales et psychologiques telles que la peur, la frustration, la gêne, l'anxiété et la dépression (Martino, Beaton, et al., 2009; Verdonschot et al., 2017). Des études ont montré que certains résidents de maisons de

retraite perdaient du plaisir à manger et qu'ils allaient même jusqu'à s'isoler à cause de leur dysphagie, entre autres car ils avaient besoin d'aide pour s'alimenter (Ekberg et al., 2002; Farri et al., 2007).

3. Relation entre fragilité, dénutrition et dysphagie

3.1 Le syndrome gériatrique

Un syndrome gériatrique se définit comme des « conditions cliniques chez les personnes âgées qui n'entrent pas dans des catégories de maladies mais qui sont très répandues dans la vieillesse, multifactorielles, associées à de multiples comorbidités et à des résultats médiocres, et qui ne peuvent être traitées que si une approche multidimensionnelle est utilisée » (Cruz-Jentoft et al., 2010). Or, les concepts de fragilité, de sarcopénie et de dénutrition sont eux-mêmes reconnus comme des syndromes gériatriques (Özsürekci et al., 2022) et il en est de même pour la dysphagie (Baijens et al., 2016; Peppersack et al., 2016).

3.2 Des notions liées et complexes

Le fait que ces notions soient considérées comme des syndromes gériatriques implique qu'il est difficile d'établir les relations réelles de cause à effet entre elles. En effet, la dysphagie par exemple est considérée à la fois comme un facteur contribuant à la fragilité et comme une conséquence de celle-ci (Hansen et al., 2011a; Hathaway et al., 2014). De même, la relation entre la dénutrition et la dysphagie est complexe. Nous avons montré que la dysphagie pouvait entraver une prise orale efficace et ainsi conduire à la dénutrition. Cependant, à l'inverse, une personne souffrant de dénutrition peut se retrouver avec des muscles affaiblis nécessaires à la déglutition, aggravant ainsi les difficultés de déglutition (Warshaw et al., 2008). Toutes ces conditions présentent donc plusieurs facteurs de risque et des caractéristiques phénotypiques similaires, où chaque élément peut potentiellement influencer et aggraver les autres (Baijens et al., 2016; Wu et al., 2023). De ce fait, même si les difficultés liées à la déglutition sont importantes chez la personne âgée, elles ne doivent pas être considérées de manière isolée, mais plutôt dans le contexte global de la santé et du bien-être du patient (Westergren et al., 2002).

Dans cette perspective, les professionnels de santé doivent tenir compte de ces interconnexions pour améliorer la prise en charge de la dysphagie chez les personnes âgées en mettant l'accent sur une approche globale, coordonnée et centrée sur le patient. Intégrer un dépistage semble donc être une stratégie efficace pour atténuer ces défis et diminuer les complications liées à la dysphagie (Baijens et al., 2016).

II- LE DÉPISTAGE DE LA DYSPHAGIE EHPAD : UNE MESURE PRÉVENTIVE

1. Le dépistage de la dysphagie

1.1 Généralités sur le dépistage

1.1.1 Définition et caractéristiques

Selon la HAS (2004), un dépistage « vise à détecter la présence d'une maladie à un stade précoce chez des personnes a priori en bonne santé et qui ne présentent pas encore de symptômes apparents ». Allan. S Morrison (1992), précise qu'il s'agit le plus souvent d'une maladie mais que cela peut aussi être une condition prémorbide ou un facteur de risque. Cette condition doit être cliniquement silencieuse pendant une période prolongée et la corrélation entre les critères recherchés et la maladie doit être suffisamment solide (Guessous et al., 2010). De ce fait, le dépistage a pour but de contribuer à l'évaluation diagnostique sans constituer un diagnostic à lui seul, ce qui signifie qu'un résultat positif au dépistage ne garantit pas nécessairement la présence d'une maladie. Dépistage et évaluation diagnostique doivent donc être différenciés. De plus, le dépistage a un caractère itératif, il doit être proposé régulièrement et pour une durée déterminée, il a donc une mesure préventive secondaire et s'inscrit en l'absence de plainte (HAS, 2004, 2016; Mrozovski, 2022).

Le guide élaboré par la HAS (2004) définit 5 types de dépistage :

- Systématique ou de masse : pour une population non sélectionnée, souvent basé sur un critère d'âge.
- Sélectif ou ciblé : pour une population sélectionnée selon des critères de risque prédéfinis. C'est ce type de dépistage qui est abordé dans ce mémoire.
- Organisé ou communautaire : ciblant une communauté spécifique, avec une participation volontaire lors de campagnes de dépistage (il répond ainsi aux critères de l'OMS)
- Opportuniste : lorsque le dépistage se produit lors de consultations médicales ou de recours aux soins.
- Multiple : lors d'une recherche simultanée de plusieurs affections via différents tests de dépistage.

1.1.2 Propriétés d'un test de dépistage

Les outils de dépistage se distinguent souvent des examens diagnostiques par leur capacité à être utilisés en toute sécurité sur de larges populations à un coût unitaire réduit (HAS, 2004). Durand-Zaleski (2000) a d'ailleurs dressé les principales différences permettant de distinguer un test de dépistage d'un test de diagnostic.

Test de dépistage	Examen diagnostique
Il est une étape avant le diagnostic de certitude	Il doit donner une certitude diagnostique (examens spécifiques)
Il est appliqué aux personnes apparemment indemnes de la maladie recherchée	Il est appliqué aux personnes présentant des troubles définis
Il est pratiqué sur des groupes d'individus à haut risque	Il est essentiellement individuel
Il ne constitue pas une aide à la décision thérapeutique	Il est éventuellement utilisé en seconde ligne après un test de dépistage
	Il débouche sur une décision thérapeutique

Tableau 1 : Principales différences entre test de dépistage et test diagnostique d'après Durand-Zaleski (2000)

De plus, un test de dépistage doit être facilement réalisable, rapide, économique et sans danger pour le patient. Il doit également produire des résultats fiables, reproductibles et valides ce qui signifie que ces résultats doivent (HAS, 2004) :

- concorder avec l'anomalie recherchée (= la fiabilité)
- être similaires lorsqu'il est répété dans les mêmes conditions, que ce soit par différents investigateurs ou dans différents endroits, et ce sur le même sujet (= la reproductibilité)
- permettre de distinguer les individus susceptibles d'être atteints de la maladie de ceux qui ne le sont pas (= la validité).

Ses performances sont influencées à la fois par ses propriétés internes (sensibilité et spécificité) et par les particularités de la population testée, en particulier la prévalence de la maladie dans cette population. Pour évaluer son efficacité, on recourt à 4 critères statistiques (Guessous et al., 2010; HAS, 2004) :

- La sensibilité : la probabilité que le test soit positif chez les individus malades, exprimée en pourcentage des personnes malades ayant un test positif (comparaison d'un test de dépistage à celui d'un autre test, généralement un test diagnostique)
- La spécificité : la probabilité que le test soit négatif chez les individus non malades, exprimée en pourcentage des personnes non malades ayant un test négatif.
- La valeur prédictive positive : la proportion d'individus ayant un test positif qui ont effectivement la maladie. Un pourcentage élevé indique une faible incidence de faux-positifs.
- La valeur prédictive négative : la proportion d'individus ayant un test négatif qui ne sont pas atteints de la maladie. Un pourcentage élevé indique une faible incidence de faux-négatifs.

La compréhension de ces critères guide le moment approprié pour un test, le choix de celui-ci et son interprétation. Bien qu'ils ne remplacent pas la pratique clinique, ils la complètent en fournissant un soutien diagnostique (Bousquet et al., 2005).

1.2 Le dépistage spécifique à la dysphagie

Malgré sa prévalence élevée et ses complications graves, la dysphagie est souvent ignorée, laissant de nombreux patients non diagnostiqués et non traités. Son diagnostic nécessite trois étapes

: dépistage clinique, évaluation clinique et évaluation instrumentale. L'objectif est d'identifier précocement les risques de dysphagie pour prévenir les complications (Baijens et al., 2016).

Le Livre blanc de la Société européenne des troubles de la déglutition considère le dépistage de la dysphagie comme la première étape cruciale de sa prise en charge et souligne que celui-ci est impératif pour tous les patients qui pourraient présenter un risque de dysphagie. A ce jour, aucun consensus international sur le choix du dépistage ou de l'évaluation de la dysphagie n'a été établi mais il est indiqué qu'un outil de dépistage ayant une sensibilité élevée est plus important qu'une spécificité élevée (Baijens et al., 2016; Speyer et al., 2022).

1.2.1 Populations concernées et acteurs impliqués

Parmi les populations les plus à risque de présenter une dysphagie, on compte les personnes âgées fragiles, les patients ayant subi un AVC, ceux atteints de maladies neurodégénératives telles que la maladie de Parkinson ou les démences ainsi que les patients atteints de cancer de la tête et du cou (Baijens et al., 2016) ce qui représente la population présente en EHPAD. Quant aux acteurs, un outil de dépistage étant simple, sans danger et non-invasif, il peut être utilisé par les médecins généralistes, les infirmières et d'autres intervenants en santé sans formation spécifique en matière de dysphagie oropharyngée (Baijens et al., 2016).

1.2.2 Outils de dépistage existants et utilisation

De nombreux outils de dépistage ont été identifiés dans la littérature, mais plusieurs sont utilisés malgré des propriétés psychométriques peu fiables ou inconnues, et souvent sur des populations ou dans des contextes non adaptés (Speyer et al., 2022). L'observation de la prise alimentaire est une pratique courante comme moyen de dépistage.

Parmi les outils validés et les plus utilisés en pratique (cf. Annexe 2), on retrouve :

- le « Toronto Bedside Swallowing Screening Test » (TOR-BSST) (Martino, Silver, et al., 2009),
- le « Gugging swallowing screening test » (GUSS) (Trapl et al., 2007)
- le « Volume Viscosity Swallow Test » (V-VST) (Clavé et al., 2008)
- le « 3-oz Water Swallow Test » ou test au verre d'eau (DePippo et al., 1992)

Des auto-questionnaires peuvent également être administrés :

- le « Deglutition Handicap Index » (DHI) (Woisard et al., 2006), un mémoire a d'ailleurs été réalisé afin de valider la version DHI- Accompagnant de ce questionnaire (Malgorn, 2023)
- le « Eating Assessment Tool » (EAT-10) (Belafsky et al., 2008)
- le « Sydney Swallow Questionnaire » (SSQ), adapté en français (Audag et al., 2019)
- le « Swallowing Quality Of Life questionnaire » (SWAL-QOL), adapté en français également (Khalidoun et al., 2009)

Cependant, la plupart de ces tests ont été validés auprès de populations spécifiques présentant la même pathologie, beaucoup sur des populations ayant subi un AVC et principalement en milieu hospitalier (Forster et al., 2013). De plus, d'après Namasivayam-MacDonald (2019), seulement trois outils de dépistage sont validés pour la population âgée : le V-VST, le SSQ et le

EAT-10. Le SSQ et le EAT-10 étant des auto-questionnaires, leur utilisation semble donc très limitée chez une population présentant des troubles cognitifs ou des difficultés de compréhension langagières (Speyer et al., 2022). Le V-VST quant à lui a été développé en milieu hospitalier, il est à la fois un moyen de dépistage et d'évaluation de la dysphagie et permet de proposer des recommandations personnalisées sur le volume et la viscosité des liquides pour chaque patient, en impliquant des essais de déglutition variés. Cet outil nécessite une formation importante et son temps d'administration est relativement long (Namasivayam-MacDonald & Riquelme, 2019), ce qui ne semble pas être le plus adapté à la pratique institutionnelle. Enfin, le test de GUSS a récemment été validé pour une utilisation chez les personnes âgées, cependant, il est réservé aux individus en bonne santé et a seulement été validé dans le milieu hospitalier (Umay et al., 2019).

2. Le dépistage en EHPAD

En France, la collecte de données sur la santé des personnes âgées en institution est rare et complexe à l'échelle nationale (Atramont et al., 2017) mais nous avons tenu à ne pas généraliser les pratiques institutionnelles d'autres pays à celles de la France.

2.1 Fonctionnement d'un EHPAD

Les EHPAD sont des établissements médicalisés destinés à accueillir des personnes âgées dépendantes. Ils présentent des modes de fonctionnement diversifiés qui dépendent notamment de leur statut juridique (privé/public, commercial/hospitalier/non-hospitalier) et du degré de dépendance moyen des résidents. Cette diversité conduit à une variation dans les taux d'encadrement (rapport effectif de personnels/résidents) (DREES, 2020).

Bien que ce soit un lieu de vie collectif avec des règles d'organisation, chaque résident devrait voir ses libertés fondamentales respectées et recevoir une prise en charge adaptée et consentie. Cependant, certaines libertés peuvent être limitées, en particulier pour les personnes dépendantes, avec parfois une influence de l'institution sur des aspects comme le choix de l'alimentation (Éloi & Martin, 2017). L'organisation du travail en EHPAD est souvent sous tension, ce qui peut entraîner une détérioration des conditions de travail des soignants en EHPAD, qui font déjà face à une charge mentale importante, tant sur le plan physique que mental (Marquier et al., 2016).

Le défi pour les EHPAD consiste à harmoniser deux objectifs : d'une part, assurer des soins appropriés et, d'autre part, garantir une qualité de vie comparable au domicile pour les résidents (Roger et al., 2021a).

2.2 L'intérêt du dépistage en EHPAD

D'après le Code de l'action sociale et des familles (Code de l'action sociale et des familles - Articles D312-155-0 à D312-161, 2022) les EHPAD « proposent et dispensent des soins médicaux et paramédicaux adaptés, des actions de prévention et d'éducation à la santé et apportent une aide à la vie quotidienne adaptée ». Dans ce contexte, le dépistage, en tant que mesure préventive, s'intègre parfaitement dans le cadre institutionnel.

Les connaissances sur l'amélioration des directives et l'acquisition de nouvelles compétences dans les EHPAD sont limitées. Cependant, pour mettre en place une nouvelle pratique de dépistage de la dysphagie, une approche ciblée et structurée est essentielle (Diehl et al., 2016).

2.2.1 Institutionnalisation croissante des personnes âgées

Le nombre de personnes résidant de manière prolongée dans des établissements de santé augmente, tout comme celui des personnes âgées fragiles (Smithard, 2016). Or, la prévalence des troubles de la déglutition augmente avec l'âge, l'importance des polyopathologies et la dépendance, ce qui explique sa prévalence élevée dans les structures d'hébergement médicalisées (Cabre et al., 2010; Puisieux et al., 2009). Ainsi, considérer la dysphagie en tant que syndrome gériatrique implique la nécessité d'effectuer un dépistage systématique, similaire à celui généralement réalisé pour la dénutrition ou les troubles cognitifs (Hermabessière et al., 2019).

2.2.2 L'importance du repas

Le repas joue un rôle essentiel dans le quotidien en institution, tant pour les résidents que pour le personnel et il suscite une préoccupation commune (Manoukian & Thellier, 2021). Comme nous avons pu le voir, la prise d'aliments est un comportement dont la complexité dépasse largement les données physiologiques, elle nécessite une approche plus large et nuancée. En effet, le repas revêt différentes dimensions : physiologique, psychologique, sociale, et culturelle (Manoukian & Thellier, 2021). Il est perçu comme un moment de plaisir par la plupart des résidents et joue un rôle déterminant dans leur qualité de vie en institution, en tant que moment propice au partage, aux échanges, et en tant que facteur de préservation de la santé (Marquier, 2013; Roger et al., 2021 ; Sulmont-Rossé et al., 2018). Mais lorsque la dysphagie intervient, elle vient bouleverser ces dimensions. Elle peut prolonger le temps du repas, réduire le plaisir pour le résident et entraîner une exclusion sociale. Le repas peut alors être perçu comme une exigence médicale imposée par des prescriptions diététiques (Guérin, 2018) et une gestion des risques, menant à un « hypercontrôle » de l'institution (Cottet et al., 2010). Dans ce contexte, les soignants doivent respecter l'autonomie des patients en considérant leurs préférences et valeurs (Benaroyo, 2010). De plus, ils doivent éviter de causer des préjudices aux résidents en minimisant les effets indésirables des interventions médicales, privilégiant l'abstention de soins plutôt que l'introduction de nuisances (Benaroyo, 2010).

Le repas est donc un moment important en EHPAD, permettant aux soignants de repérer toute difficulté alimentaire éventuelle, susceptible de présager un risque de dysphagie chez les résidents et de nuire à leur qualité de vie.

2.2.3 Un travail pluriprofessionnel

La prévention et la gestion de la dysphagie en milieu institutionnel exigent une collaboration entre divers professionnels de la santé, avec une surveillance attentive des résidents à risque et une implication active de tous les soignants, notamment pendant les repas. Cette approche pluriprofessionnelle soulignée par Ruglio (2017) et Wirth et al (2016), a pour objectif de coordonner efficacement le dépistage, le diagnostic, la prise en charge et la surveillance. En 2015, La DREES a

établi la répartition des équivalents temps pleins en EHPAD selon le type de personnel. Cette répartition révèle un taux de 51,6 % du personnel soignant, suivi d'un taux de 25,1% des agents de service hospitaliers. Les psychologues ou personnel du paramédical représentent seulement 2,6% (DREES, 2020). Nous présenterons donc ici les acteurs principaux impliqués dans le dépistage de la dysphagie en EHPAD.

- **L'orthophoniste**

En EHPAD, l'orthophoniste a pour objectif d'effectuer l'évaluation de la déglutition à l'aide du bilan orthophonique, conformément à la prescription médicale. Suite au bilan, il propose des adaptations comme la modification des textures des aliments et les postures. Il peut également proposer des exercices pour renforcer la mastication et la déglutition (Allepaerts et al., 2014; Capet et al., 2007a; Desport et al., 2014). L'orthophoniste communique ses recommandations au personnel soignant travaillant avec les résidents et veille à leur application correcte. De plus, la prévention, le dépistage et la formation des professionnels font également partie des missions intégrantes de l'orthophoniste (Bulletin Officiel N°32, 2013). Ces missions sont d'autant plus importantes en EHPAD, où la présence d'orthophonistes est souvent compromise, notamment dans les zones sous-dotées (Tannou et al., 2021).

- **Les aides-soignants**

Dans les EHPAD, les aides-soignants ont des formations diverses, allant du DEAS au baccalauréat professionnel, voire aucun diplôme, et parfois même des diplômes universitaires. Le fait que des tâches similaires soient attribuées à des personnes avec des niveaux de formation variés est appelé « faisant fonction » (Xing-Bongioanni & Plault, 2022).

L'implication et le rôle crucial des aides-soignants dans la prise en soin de la dysphagie se déclinent à plusieurs niveaux. En établissement gériatrique, les aides-soignants sont présents pour accompagner les personnes dans les actes essentiels de la vie quotidienne et de la vie sociale et apportent notamment des soins d'hygiène et de confort. Pendant les repas, ils sont présents pour observer leur déroulement, accompagner la prise alimentaire si nécessaire (Bourges, 2018; Puisieux et al., 2009), repérer des signes en lien avec les troubles de la déglutition et les signaler à l'équipe pluridisciplinaire (Rasquier et al., 2017). Ils ont également pour rôle d'appliquer les conseils donnés par les orthophonistes et le médecin en matière d'installation du patient, de conditions de repas, d'hygiène buccale et de régime alimentaire (Rasquier et al., 2017). Enfin, d'après leur référentiel de compétences (Arrêté du 10 juin 2021 relatif à la formation conduisant au diplôme d'Etat d'aide-soignant et portant diverses dispositions relatives aux modalités de fonctionnement des instituts de formation paramédicaux, 2021), les aides-soignants doivent savoir « identifier les situations à risque lors de l'accompagnement de la personne, mettre en œuvre les actions de prévention adéquates et les évaluer » .

Ainsi, les aides-soignants ont un rôle indispensable dans le dépistage de la dysphagie, grâce à leur proximité constante avec les résidents en EHPAD et leurs familles. Leur présence lors des repas et leurs interactions fréquentes tout au long de la journée leur permettent de repérer les signes

d'altération de l'état général des patients (Cudennec, 2017), ce qui les rend essentiels dans le processus de surveillance de la dysphagie.

- **Les infirmiers et l'infirmière référente en EHPAD**

Les infirmiers assurent la coordination et la supervision de l'activité des aides-soignants (Code de La Santé Publique - Article R4311-4, 2021). Les AS et les infirmiers travaillent en équipe et se trouvent donc dans des relations d'interdépendance. Lorsqu'un AS remarque tout signe pouvant laisser présager un risque pour le patient, c'est l'infirmier qu'il alerte. L'infirmier a de nombreuses responsabilités en EHPAD liées au bien-être global du patient. Il doit coordonner diverses tâches telles que l'accueil, l'évaluation médicale et cognitive ainsi que l'attribution des allocations nécessaires. Cette fonction revêt une dimension managériale importante au sein de l'établissement. Il a également pour rôle d'assurer les soins techniques aux résidents, et est chargé de surveiller l'observance lors d'un démarrage d'un traitement médicamenteux (Bourzeau, 2015).

De plus, les infirmiers ont la possibilité de réaliser des formations complémentaires à leur DEI tel qu'un DU d'infirmière référente et coordinatrice d'EHPAD et de SSIAD. Le cadre réglementaire de l'infirmière référente (= coordinatrice) en EHPAD est très évasif et indique seulement qu'elle « pourra être utile dans certains établissements dont l'état de santé des résidents nécessite une présence paramédicale permanente, qu'une infirmière constitue la personne ressource pour le personnel soignant de l'établissement. Elle assure un bon suivi des prescriptions médicales dans le respect des soins et aides gérontologiques de qualité » (Cudennec, 2017). L'infirmière référente en EHPAD occupe une position cruciale à la convergence du médical et du social, avec des tâches multiples et exigeantes. De plus, elle est impliquée dans l'encadrement et la formation du personnel soignant et est également un élément essentiel de la direction de l'établissement. Son rôle central est vital dans la coordination des soins aux résidents âgés (Cudennec, 2017; Rogez, 2008).

Ainsi, bien que le dépistage de la dysphagie concerne tous les intervenants, en institution gériatrique il relève bien souvent de la responsabilité des infirmières et des aides-soignants (Engh & Speyer, 2022).

2.2.4 Dépistage insuffisant et manque de formation du personnel

Dans un environnement institutionnel, la clé d'un dépistage efficace réside dans la capacité de chaque soignant à identifier les patients présentant un risque de dysphagie. En effet, comme le soulignent Capet et al. (2007a) le dépistage repose sur la reconnaissance des facteurs de risque.

En France, le dépistage de la dysphagie est rare dans les EHPAD. Ceci est attribuable en partie au manque de formation initiale et continue du personnel soignant (Meriau, 2013). Une étude récente réalisée dans le cadre d'un mémoire d'orthophonie s'est intéressée à la formation initiale des aides-soignants sur la dysphagie en EHPAD (Fontas, 2023). Cette recherche a mis en évidence un manque dans les notions abordées par certains centres de formation en matière de dysphagie, avec une variation significative des connaissances transmises aux étudiants aides-soignants selon ces centres. De plus, cette étude a mis en avant le rôle peu connu des orthophonistes par les aides-soignants dans la prise en charge pluridisciplinaire de la dysphagie en EHPAD, en lien avec

une méconnaissance de ce métier par les formateurs. Ces constats semblent corrélés avec une enquête réalisée en 2016 par la SFGG dans le cadre des PUGG qui a permis de montrer un manque et une forte demande de formation et de protocole pour traiter les troubles de la déglutition chez les professionnels des établissements gériatriques (Hermabessière et al., 2019). Ce manque de formation génère une anxiété chez les soignants qui se sentent démunis face à cette prise en charge (Meriau, 2013).

Par conséquent, les soignants ressentent le besoin de discuter de leur pratique, comme par exemple l'importance de déterminer si une texture adaptée est nécessaire pour certaines personnes âgées. En effet, les soignants soulignent la pratique courante du maintien d'une texture mixée pour un résident par précaution ou habitude (Hermabessière et al., 2019; Meriau, 2013). D'autres auteurs évoquent même un recours systématique à l'alimentation mixée et l'eau gélifiée dès lors qu'un trouble de la déglutition est suspecté (Soriano et al., 2023). Or, bien que l'épaississement des liquides soit considéré comme une stratégie utile pour réduire le risque d'inhalation (Newman et al., 2016), les preuves scientifiques sur l'efficacité des liquides à texture modifiée ou des aliments modifiés sont insuffisantes (Beck et al., 2018; Hansen et al., 2022). Au contraire même, une modification excessive semble avoir un impact négatif sur la qualité de vie des patients souffrant de dysphagie (Swan et al., 2015). Ainsi, la prescription de modifications du bol alimentaire dans les maisons de retraite pourrait ne pas convenir à tous les résidents en termes de meilleures pratiques cliniques et de consentement (O'Keeffe et al., 2023).

Le personnel de première ligne a donc besoin de compétences et de ressources pour identifier les risques, cela passe notamment par le dépistage (Engh & Speyer, 2022). Intégrer un dépistage initial, prenant en compte la situation alimentaire globale semble correspondre aux besoins des personnes âgées et du personnel soignant en institution, permettant ainsi d'améliorer la qualité de vie et l'autonomie des résidents en mettant en place des mesures adaptées à leur situation.

2.3 Recommandations et besoin d'outils de dépistage

Face à tous ces constats, plusieurs auteurs soutiennent qu'il est nécessaire d'effectuer des dépistages réguliers de la dysphagie chez toutes les personnes âgées pour faciliter son identification précoce et éviter ses complications (Namasivayam-MacDonald & Riquelme, 2019; Nawaz & Tulunay-Ugur, 2018; Speyer et al., 2022). De nombreux auteurs insistent également sur la nécessité de le protocoliser et de le prioriser dans les établissements gériatriques en développant ou en validant des outils adaptés à cette population et ce contexte, tout en tenant compte des problèmes cognitifs fréquents chez ces résidents (Estupiñán Artilles et al., 2021; Jukic Peladic et al., 2019; Y.-H. Park et al., 2015; Roberts et al., 2024; Wu et al., 2023).

Ainsi, compte tenu des besoins inhérents en matière de dépistage de la dysphagie, le livre blanc de l'ESSD (Speyer et al., 2022) a émis des recommandations :

1. Utiliser des outils de dépistage validés, fiables et praticables pour la dysphagie
2. Effectuer un dépistage avec des outils adaptés aux populations à risque
3. Éviter les mesures avec des propriétés psychométriques faibles, privilégier celles ayant des propriétés solides et une qualité psychométrique élevée.

4. Fournir une formation de qualité sur le dépistage et l'évaluation de la dysphagie à tous les cliniciens impliqués dans les soins aux patients atteints de dysphagie

Il est également suggéré d'opter pour un dépistage non invasif de la dysphagie, prenant en compte le temps d'alimentation et la pré-mise en forme orale lors de l'auto-alimentation et de l'alimentation assistée (Tamaru et al., 2021b). Enfin, en raison des cooccurrences entre dysphagie et dénutrition, il est recommandé de procéder à un dépistage systématique des deux conditions (Engberg et al., 2024).

III- LE MEOF-II : UN OUTIL DE DÉPISTAGE DE LA DYSPHAGIE EN EHPAD

1. Présentation du MEOF-II

1.1 Cadre théorique et évolution

Le MEOF (Minimal Eating Observation Form) est un outil de dépistage des difficultés alimentaires qui a été développé en Suède à partir de plusieurs années d'expérience d'observation clinique et de recherche (Westergren et al., 2002). On appelle difficultés alimentaires, « des activités, des exigences émotionnelles et des relations qui, seules ou combinées, interfèrent avec le processus de préparation des aliments, le transfert des aliments en bouche, la mastication et la déglutition » (Westergren et al., 2002). Le MEOF-II se concentre donc sur l'alimentation en tant qu'activité pure (la capacité de manger) et non sur les relations sociales et les expériences valorisées (Klinke et al., 2013). La construction du MEOF s'est faite à partir de travaux sur les difficultés alimentaires des personnes ayant subi un AVC (Axelsson et al., 1984, 1989; Jacobsson et al., 1997), cité dans Westergren et al. (2002). Grâce aux échanges par mail que nous avons pu avoir avec le créateur, Albert Westergren, infirmier diplômé, docteur et professeur en Sciences infirmières à l'Université, et chercheur spécialisé notamment dans le domaine de la nutrition chez la personne âgée, nous savons que les éléments constituant le MEOF sont ceux définis et considérés par les chercheurs comme les plus importants pour alerter non seulement sur les risques liés à la dysphagie, mais aussi sur ceux liés à la capacité de manger dans une perspective plus large. Présenté pour la première fois en 2002 en tant que MEOF-I (Westergren et al., 2002), celui-ci a été légèrement amélioré par la suite pour devenir le MEOF-II (Westergren et al., 2009).

1.2 Constitution du MEOF-II

Le MEOF-II est divisé en trois composantes de l'alimentation, chacune comprenant trois items, ce qui constitue une échelle de 9 items au total. Les trois dimensions sont ¹ (Westergren et al., 2009) :

- l'ingestion : elle comprend la position assise, la manipulation des aliments dans l'assiette et le transport des aliments jusqu'à la bouche
- la déglutition : elle comprend « la capacité de mastication », « la manipulation des aliments dans la bouche » (fuite, accumulation) et « la déglutition »

¹ Les termes employés dans cette présentation sont issus d'une simple traduction.

- l'énergie : elle comprend la « quantité de nourriture consommée », la « vigilance » et « l'appétit ».

Les réponses aux items sont dichotomiques, un taux de zéro indique qu'il n'y a pas de difficulté pour cet item tandis qu'un taux de un indique une difficulté retrouvée pour s'alimenter. Sur les 9 items :

- 7 items comportent une réponse « Oui » / « Non » indiquant un score de 0 ou 1
- 2 items comportent des choix multiples pour lesquels une seule case peut être cochée, équivalent à un score de 0 ou 1

Le MEOF-II ne permet pas d'obtenir un score total ou une évaluation de la situation alimentaire. Le résultat final permet seulement de visualiser les difficultés retrouvées en matière d'alimentation et de voir à quel domaine elles appartiennent. Le nombre total de difficultés alimentaires est compris en zéro et neuf dans l'échelle totale et entre zéro et trois dans les sous-échelles. Ainsi, toute difficulté constatée par un soignant doit être signalée à ses collègues et, si besoin, aux autres professionnels (ergothérapeute, orthophoniste, diététicien) pour une évaluation plus approfondie dans le ou les domaines concernés (Klinke et al., 2013; Westergren et al., 2009).

Dimensions in the eating process	Specific measures in relation to dimensions in the eating process	General measures in relation to the eating process
<i>A. Ingestion</i>	Adapt cutlery, glass and mug. Consult physiotherapist, occupational therapist.	Assistance. Training. Artificial nutrition. Adapt the mealtime environment. Reduce distracting moments. Dialogue and information
<i>B. Deglutition</i>	Adapt consistency and temperature of food and beverage. Mouth massage. Specific swallowing techniques and head positioning. Consult a person knowledgeable about dysphagia (for instance speech language therapist) and a dietician.	
<i>C. Energy</i>	Diet supplements. Protein and energy enriched diet. Plan other activities so that there is energy enough to eat. Split the main meals on several occasions. Consult a dietician.	

Tableau 2 : Dimensions de l'alimentation à observer et exemples de mesures à prendre pour faciliter l'alimentation d'après Westergren et al. (2009)

De plus, l'échelle du MEOF-II est accompagnée d'un guide d'utilisation sur lequel figure le détail des critères exigés pour qu'une réponse « oui » soit cochée.

2. Un outil de dépistage conforme aux recommandations dans la littérature

Comme mentionné précédemment, il est important de distinguer un outil de dépistage d'un outil d'évaluation aboutissant à un diagnostic. Selon la littérature, le MEOF-II est bien considéré

comme un outil initial de discrimination destiné à être utilisé par le personnel soignant (Hansen et al., 2011b).

2.1 Intérêt d'un test déjà existant

L'élaboration et la validation d'un test est un travail fastidieux qui demande du temps et pour lequel il est parfois difficile d'obtenir les moyens nécessaires afin de parvenir à effectuer les tests sur le terrain et la compilation d'informations techniques et de normes. Partir d'un test déjà existant présente l'avantage d'avoir accès à une base de données préétablie, même si des études de validité doivent évidemment être réalisées sur le test adapté (Hambleton & Patsula, 1998).

2.2 Un outil valide

2.2.1 La version suédoise

Le MEOF-II est un outil psychométriquement robuste et il peut être utilisé pour le dépistage de la dysphagie (Hansen et al., 2011a). Les méthodes statistiques utilisées pour développer l'outil n'ont initialement pas pris en compte la nature dichotomique des items, c'est-à-dire leur répartition en une échelle et sous-échelles. Ainsi, le MEOF-II a été testé dans une nouvelle étude parmi les résidents d'EHPAD et chez les patients hospitalisés, celle-ci a permis de montrer que la validité interne et la fiabilité du MEOF-II étaient jugées élevées, montrant alors une validité renforcée (Westergren, 2019).

2.2.2 Les versions traduites existantes

Le MEOF-II a déjà été traduit en anglais, chinois, danois, islandais, néerlandais et son utilisation est répandue en Suède ainsi qu'à l'international, notamment en Belgique, aux Pays-Bas, au Danemark, au Canada et aux Etats-Unis (Kristianstad University, 2022). Seules les versions chinoise (Wang et al., 2016) et danoise (Westergren & Melgaard, 2020) ont été validées. L'étude danoise a d'ailleurs montré que les propriétés du MEOF-II étaient stables par rapport aux études antérieures, menées en Suède (Westergren et al., 2009) et en Chine (Wang et al., 2016), ce qui est plutôt rassurant lorsqu'on envisage l'adaptation d'un test.

2.3 Un outil adapté au milieu institutionnel gériatrique

Le MEOF-II est un outil de dépistage global et holistique qui permet d'observer la capacité à prendre un repas et indique sur le besoin d'une évaluation plus approfondie. Il peut aussi bien être utilisé chez les hommes que chez les femmes, chez les plus jeunes et chez les plus âgés et à l'hôpital ou en maison de retraite (Westergren et al., 2009; Westergren & Melgaard, 2020). L'avantage également d'un tel outil est qu'il ne se concentre pas uniquement sur la dysphagie, au risque de négliger d'autres problèmes importants liés à la capacité de se nourrir et de ne pas les traiter (Westergren et al., 2002). Sa répartition en 3 domaines associés à des mesures spécifiques permet de prendre en compte le syndrome gériatrique. En effet, si nous comparons le MEOF-II aux caractéristiques identifiées par Cichero (2018) pour repérer les personnes âgées à risque de

problèmes alimentaires ou de déglutition, nous remarquons que celles-ci sont largement intégrées dans les composantes du MEOF-II.

Feature That Increases Risk of Eating or Swallowing Problems in Elders	Impact And Evidence of Increased Risk Associated With Individual Features
Increased age: Aged more than 65 years	Increased Risk of Choking on Food [34] Increased Likelihood of Dysphagia Diagnosis [4] Increased Diagnosis of Frailty [3]
Poor dental status: Dental disease, missing teeth poorly fitting dentures	Increased risk of choking on food [32,38,39]
Postural instability during meals	Difficulty maintaining postural stability during meals more likely in frail than robust elders [30] Difficulty maintaining head position during meals more likely in frail than robust elders [30]
Poor mobility	Bedfast, increased likelihood to develop aspiration pneumonia [4,43]
Fatigue during meals	Reduced ability to tolerate the physical effort of a meal more likely in frail elders than robust elders [30]
Sedative, opioid or antipsychotic medication	Sedative, opioid or antipsychotic types of medication affect the effectiveness of cough and swallowing reflexes and have been associated with increased choking risk [34,40,41] Individuals older than 85 years take a larger proportion of medications that affect level of consciousness or swallowing response [44]
Chronic vs. Acute lung infection	Fever one day per week for several months associated with lung infection increases likelihood of developing aspiration pneumonia [28]
Reduced hand grip strength	Weak hand grip strength more than x2 likely to develop dysphagia, although further research required [4,24]

Tableau 3 : Résumé des caractéristiques qui peuvent aider à identifier les personnes âgées présentant un risque de troubles de l'alimentation ou de la déglutition (Cichero, 2018)

De plus, le MEOF-II étant un formulaire d'observation de repas, son utilisation est non-invasive et écologique. Il est donc applicable pour des patients présentant des difficultés de communication et/ou des troubles cognitifs (Westergren et al., 2024) et utilisable par le personnel soignant. Un autre point important à noter est que l'utilisation du MEOF-II ne requiert qu'une formation minimale d'environ 2H30 (Andersen Fortes et al., 2019; Westergren et al., 2009) et que cet outil est facile à utiliser (Westergren et al., 2024).

Enfin, l'utilisation du MEOF-II en pratique clinique semble faire ses preuves dans d'autres pays puisqu'une étude récente a mis en évidence que la formation à l'utilisation du MEOF-II a incité les professionnels à l'utiliser, se sentant ainsi plus compétents, ce qui a permis de dépister la dysphagie chez 80 % des résidents d'une maison de retraite (Andersen Fortes et al., 2019).

PROBLÉMATIQUE ET HYPOTHÈSE

Actuellement, il n'existe pas en français d'outil de dépistage de la dysphagie adapté aux personnes âgées résidant en EHPAD. En effet, aucun outil ne prend en compte à la fois tous ces critères :

- le syndrome gériatrique de la dysphagie
- les troubles cognitifs fréquents chez les personnes âgées en EHPAD
- une approche basée sur l'observation de repas
- la validité et la fiabilité de l'outil
- sa facilité et sa rapidité d'utilisation par le personnel soignant
- la nécessité d'une courte formation.

Or, comme nous avons pu le montrer, le MEOF-II répond à ces exigences. Cependant, la version originale du MEOF-II est suédoise et il n'existe pas de version française. L'objectif de ce mémoire est donc de l'adapter à la population francophone et de valider cette traduction.

Notre hypothèse est donc la suivante : la traduction française du MEOF-II est valide, selon les recommandations de De Cotret.

MÉTHODOLOGIE

I - LES MÉTHODES DE TRADUCTION INTERCULTURELLES DES INSTRUMENTS

Pour garantir une traduction la plus conforme possible à la version originale du MEOF-II, nous avons examiné les recommandations existantes pour l'adaptation des instruments de mesure et notamment celles décrites dans l'ITC (Gana et al., 2021) et dans les articles de Beaton et al. (2000), Epstein et al. (2015), Gudmundsson (2009), De Cotret (2019) et de l'OMS (OMS, 2010). Plusieurs approches existent, souvent assorties d'une procédure détaillée, et parfois combinées pour améliorer la qualité de la méthode (Cha et al., 2007).

1. Définitions

Un des premiers points essentiels est de clarifier les distinctions entre les termes de traduction, adaptation, traduction interculturelle et validation interculturelle. La traduction est probablement le terme le plus couramment utilisé (Gana et al., 2021), elle se définit comme un processus unique de production d'un document à partir d'une version source dans la langue cible (Epstein et al., 2015) tout en préservant le sens linguistique, mais elle ne prend pas en compte les équivalences académiques ou psychologiques nécessaires pour une adaptation adéquate (Gana et al., 2021). L'adaptation quant à elle tient compte des différences entre les cultures pour maintenir l'équivalence dans la signification du test (Epstein et al., 2015). Il s'agit d'un « procédé de traduction qui consiste à remplacer une réalité socioculturelle de la langue [source] par une réalité propre à la socioculture de la langue [cible] convenant au public cible du texte d'arrivée. » (René de Cotret, 2019).

On parle de *processus d'adaptation* pour décrire l'ensemble des *stratégies* (ou stratégies d'adaptation) utilisées pour parvenir à une version adaptée (VA) (René de Cotret, 2019). La traduction interculturelle, également appelée (« cross-cultural translation »), désigne le processus de traduction impliqué dans les questions d'adaptations (Beaton et al. 2000). Elle ne doit pas être confondue avec la validation interculturelle qui a pour but de s'assurer que l'outil traduit fonctionne selon les attentes, qu'il conserve les mêmes caractéristiques que l'original et qu'il opère de manière similaire (Epstein et al., 2015).

2. Le processus d'adaptation

Une revue de la littérature (René de Cotret, 2019) a été menée afin d'analyser un ensemble de documents qui décrivent le processus d'adaptation. Cette recherche a permis d'élaborer un consensus de 17 stratégies d'adaptation réparties en 5 phases (cf. Annexe 3). Cependant, en raison de leur nature théorique et de leur manque de contexte, aucune de ces stratégies ne peut être qualifiée d'obligatoire mais la communauté scientifique reconnaît leur utilisation (René de Cotret, 2019). Pareillement, l'ITC a formulé des lignes directrices générales, laissant aux utilisateurs le choix des meilleures pratiques techniques pour se conformer (Ganal et al., 2021).

L'adaptation d'un instrument de mesure implique donc un processus complet comprenant diverses étapes comme : déterminer si un test dans une seconde langue peut mesurer le même concept que dans la langue d'origine, sélectionner des traducteurs, choisir une méthode pour évaluer leur travail, décider des adaptations nécessaires (à la fois des items mais aussi des instructions d'administration), ajuster le format du test, superviser la traduction, vérifier l'équivalence linguistique et mener si besoin des études de validité supplémentaires (Gana et al., 2021; Gudmundsson, 2009). Le processus d'adaptation convertit la VT en VA une fois l'équivalence entre la VO et la VT démontrée, représentant ainsi une démarche scientifique de production de savoir (René de Cotret, 2019).

3. Les étapes de traduction interculturelle d'un test

3.1 Sélection du test et autorisation

Avant de traduire un instrument, il est essentiel d'évaluer ses propriétés psychométriques dans sa langue d'origine pour s'assurer de sa fiabilité et de sa validité. Les éléments les plus importants à analyser étant la fiabilité des sous-tests et des scores, la validité de construction liée au critère et discriminante ainsi que les caractéristiques des normes de l'échantillon de normalisation (Gudmundsson, 2009). De plus, il est nécessaire d'obtenir l'autorisation de l'auteur avant d'entreprendre l'adaptation d'un outil. L'objectif étant qu'il soit protégé en lui donnant des droits sur ses propres créations (Gana et al., 2021).

3.2 Phase 1 : la traduction initiale

La première étape du processus d'adaptation est appelée traduction initiale, elle implique de passer de la version originale à une version traduite (René de Cotret, 2019). Pour ce faire, différentes stratégies sont recommandées :

- un travail dans un cadre multidisciplinaire (René de Cotret, 2019)
- la présence d'au moins deux traducteurs (Ganal et al., 2021 ; René de Cotret, 2019)
- une maîtrise des langues source et cible des traducteurs (René de Cotret, 2019): la moitié des recherches littéraires suggèrent l'implication d'au moins un traducteur professionnel.
- un minimum de connaissances des traducteurs sur le concept évalué (René de Cotret, 2019) : 81% des textes s'accordent sur cet aspect (René de Cotret, 2019) et la plupart recommandent qu'au moins un traducteur possède une expertise spécialisée, comme un psychologue, un concepteur de tests ou quelqu'un qui enseigne et apprend dans le domaine des tests (Ercikan & Lyons-Thomas, 2013; Tassé, M. J., & Craig, E. M., 1999)
- l'expérience des deux cultures pour les traducteurs (René de Cotret, 2019) : cette stratégie est indiquée dans plus de 72% des textes. Bien que cette notion de « culture » soit difficile à comprendre en raison de son imprécision, la moitié des textes précise que les traducteurs doivent vivre ou avoir vécu dans le pays ou la région où la version adaptée (VA) sera utilisée (René de Cotret, 2019). L'ITC indique également que l'expérience de la culture cible nécessite l'engagement de traducteurs dont la langue maternelle est la langue cible (Gana et al., 2021).

- la fourniture des directives de traduction (Gana et al., 2021) : Brislin (1970, 1980) recommande notamment d'utiliser des phrases courtes et simples et de privilégier la voix active plutôt que la voix passive. D'autres auteurs suggèrent que des informations générales soient fournies sur la portée et l'objectif de la traduction (René de Cotret, 2019)
- la traduction de tous les éléments du test (Gana et al., 2021; René de Cotret, 2019)
- la mise en évidence par les traducteurs des problèmes linguistiques rencontrés (OMS, 2010).

Etant donné la difficulté de trouver à la fois des traducteurs qui maîtrisent la méthode de traduction et le sujet, les auteurs suggèrent de faire appel à deux types de traducteurs (Beaton et al., 2000; Gudmundsson, 2009). Les « traducteurs qualifiés » sont considérés comme des individus fluents dans les deux langues, avec des connaissances à la fois culturelles et méthodologiques de traduction des instruments et pour lesquels l'objectif est d'obtenir une équivalence sur l'aspect langagier (Beaton et al., 2000). Les traducteurs « experts dans le domaine du test » quant à eux sont des personnes qui ont des connaissances dans le domaine et sur l'instrument. L'objectif visé est d'atteindre une équivalence dans une optique clinique (Beaton et al., 2000; Gudmundsson, 2009). Cela peut nécessiter des ajustements voire une refonte des éléments tels que les items et les instructions, afin d'éviter tout biais lié aux concepts en question (Beaton et al., 2000; Gudmundsson, 2009). Il est alors préconisé d'opter pour des traductions parallèles indépendantes : différentes versions sont traduites individuellement par plusieurs traducteurs (Gudmundsson, 2009).

3.3 Phase 2 : la révision interne

3.3.1 Réconciliation des versions traduites

L'évaluation interne des versions traduites, basée sur l'expertise des spécialistes, ne laisse qu'une seule version traduite retenue. La réconciliation des versions traduites est effectuée dans la première ou deuxième phase, sans consensus établi (René De Cotret, 2019). Cette réconciliation implique la fusion de deux ou plusieurs traductions indépendantes en une seule. Dans la littérature, peu de détails sont donnés sur cette procédure (Epstein et al., 2015) mais plus de la moitié des textes recommandent que les réviseurs aient une expertise plus approfondie que les traducteurs. Les membres du comité de révision doivent donc être à la fois experts du concept et de l'élaboration du test. Plusieurs auteurs proposent également la présence d'au moins un traducteur ou linguiste professionnel, ce dernier n'ayant pas obligatoirement participé à la phase 1 (René de Cotret, 2019). Les divergences entre les traductions sont alors discutées et la consultation d'un énième traducteur peut être réalisée afin de trouver une solution aux problèmes rencontrés et ainsi obtenir une version traduite unique (Gana et al., 2021; Gudmundsson, 2009; Koller et al., 2007). En cas de désaccord sur l'interprétation d'un élément, il est conseillé de consulter l'auteur original pour clarifier la question (Gana et al., 2021).

3.3.2 Traduction inversée ou « back translation »

Actuellement, la traduction inversée, appelée aussi rétro-traduction ou encore « back translation » est recommandée comme moyen de vérification de la version traduite unique (René de Cotret, 2019; Ganal et al, 2021). Ses principes fondamentaux ont été exposés par Brislin (1970). Initialement, il s'agit d'une méthode de traduction intégrale incluant au moins deux traducteurs : le premier traduit le texte source vers la langue cible, puis le deuxième traduit ce texte cible vers la langue source sans accéder au texte source original. Après l'achèvement de la traduction par le deuxième traducteur, le texte peut être retraduit vers la langue cible, et cette démarche peut se répéter (René de Cotret, 2019). Cependant, la traduction bidirectionnelle stricte exclut toute vérification de la version traduite, ce qui en constitue son principal inconvénient. Ainsi, utiliser plusieurs modèles de traduction, tels qu'un plan de traduction inversée après une double traduction et une synthèse des deux par un panel d'experts peut aider à réviser la version obtenue (Gana et al., 2021). La rétro-traduction devient alors une technique de mesure de la version traduite (René De Cotret, 2019) avec comme critère de qualité la similitude entre la version originale et la retraduction dans la langue source (Gudmundsson, 2009). Cette méthode n'est donc considérée comme efficace que lorsqu'elle est intégrée dans un processus d'adaptation des tests séquentiels ou en complément de la traduction directe (Geisinger, 1994; Hambleton & Patsula, 1998). D'après les dernières recommandations, elle doit être réalisée par des traducteurs professionnels n'ayant pas eu accès à la version originale du test (René de Cotret, 2019) ni participé à la phase de traduction initiale (OMS, 2010). Il est conseillé de produire au moins deux rétro-traductions et la langue maternelle des traducteurs doit être la langue source (Beaton et al., 2000). Malgré les débats sur son efficacité à établir une preuve d'équivalence, cette technique est souvent utilisée (Epstein et al., 2015; René de Cotret, 2019).

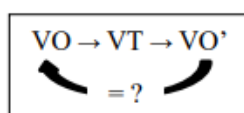


Fig 3 : Schématisation de la traduction inversée en tant que technique de mesure (René de Cotret, 2019)

3.3.3 Évaluation de l'équivalence

Puisque les instruments dans la langue source et la langue cible ont pour but de remplir la même fonction, leur équivalence est nécessaire. Le terme « équivalence » a été employé de différentes façons, mais l'élément primordial est que les versions dans les deux langues doivent transmettre les mêmes concepts (OMS, 2010; René de Cotret, 2019). En complément de la rétro-traduction, l'ITC recommande de rassembler les opinions des experts tels que des méthodologistes, professionnels de la santé, experts linguistiques et traducteurs (traducteurs avant et arrière) (Gana et al, 2021), le concepteur du test pouvant également intervenir (Beaton et al, 2000). Les différentes versions de l'instrument vont être comparées (Beaton et al, 2000), pour cela, l'ITC

recommande d'utiliser des échelles d'évaluation comme celles proposées par Brislin (1986), Jeanrie et Bertrand (1999) ou Hambleton et Zenisky (2011).

3.4 Phase 3 : la révision externe

L'objectif de l'examen externe est de recueillir les avis des représentants de la population cible sur la version traduite pré-finale afin de la réviser en conséquence, offrant ainsi une plateforme d'échange d'opinions entre les sujets et les chercheurs. Plusieurs stratégies de supervision de l'évaluation externe existent, elles sont basées sur la lecture de la version traduite par des sujets de la population cible ou bien sur son administration à un nombre restreint de sujets. Dans plus de 80% des textes scientifiques, au moins une stratégie est recommandée (René de Cotret, 2019). Une phase pilote de la version traduite sur un petit échantillon est souvent réalisée afin de démontrer l'équivalence des instructions et des items entre la version originale et la traduction en situation, en tenant compte des difficultés imprévues de passation (Epstein et al., 2015 ; Gana et al., 2021). Cette étude comprend la passation du test et l'analyse des données mais aussi des entretiens avec les administrateurs et les participants pour recueillir leurs avis sur le test (Gana et al., 2021). Le MEOF-II étant un instrument de mesure d'observation, seuls les avis des utilisateurs et des professionnels liés aux concepts sous-jacents au test sont nécessaires. Il est préconisé de réaliser des analyses par item afin d'évaluer la signification, la discrimination, l'efficacité des distracteurs à choix multiples, la fiabilité des items (Gana et al., 2021), tout en identifiant les mots sources d'erreurs systématiques (Epstein et al., 2015). Les auteurs recommandent la réalisation d'une interview cognitive, où chaque participant est interrogé individuellement sur chaque item après la passation du test (René de Cotret, 2019). Cette approche fournit des informations plus précises que les analyses de groupe sur le contenu des items, nécessitant un nombre de participants moins élevé (Epstein et al., 2015). D'autres méthodes incluent l'administration du test dans les deux versions à des sujets bilingues pour comparer leurs expériences (Gana et al., 2021), ou la soumission de l'instrument aux cliniciens et examinateurs (René de Cotret, 2019). À la suite de l'évaluation externe, des ajustements peuvent être effectués sur la version préliminaire traduite (Gana et al., 2021).

3.5 Profil des traducteurs

Parmi les différentes recommandations des processus d'adaptation, figure la précision du choix et des profils de traducteurs et réviseurs ayant participé aux phases de traduction initiale, de révision interne et de révision externe du processus. Des informations telles que la nationalité du traducteur/réviseur, son expérience en matière de traduction, son degré de connaissance du concept évalué, son expérience clinique sont des éléments intéressants à fournir lors de la phase 5 (Supra). D'après une conception courante, la qualité d'une traduction est directement liée à l'expérience du traducteur (René de Cotret, 2019). En effet, les traducteurs expérimentés s'efforcent de produire des textes adaptés à la situation en maniant habilement différentes méthodes de traduction. Leur expertise leur permet de prendre des décisions plus automatiques, ce qui leur permet de se concentrer sur des aspects auparavant négligés (Bolaños-Medina & González-Ruiz, 2012).

3.6 Phase 4 : le test

Contrairement à la phase 3 où l'instrument adapté peut être administré à un petit échantillon de la population, la phase 4 quant à elle consiste à l'appliquer à un large échantillon (Gana et al., 2021). L'objectif de cette phase est d'analyser les propriétés psychométriques de l'instrument, car celles de la version originale d'un test ne peuvent pas être automatiquement généralisées à sa version traduite (Epstein et al., 2015). Si les résultats statistiques du test de la version traduite ne sont pas significativement différents de la version originale, le test est considéré comme une version adaptée légitime. En revanche, s'il y a des différences significatives, le processus recommence en se focalisant sur les éléments traduits qui présentent des problèmes. Cette phase de test étant requise pour tous les tests, qu'ils soient adaptés ou non, elle n'est pas spécifique du processus d'adaptation (René de Cotret, 2019). Quelques spécificités se présentent dans le cas d'une traduction. En effet, la validité de construit de la VO peut être conservée à condition que des preuves de validité conceptuelles soient fournies dans la version originale (Jeanrie & Bertrand, 1999). Il est également nécessaire que la méthodologie de traduction garantisse la similitude du construit dans les deux cultures et réduise au minimum l'impact des différences linguistiques et culturelles sur les aspects non évalués par le test (comme les modalités de passation, par exemple) (Gana et al., 2021).

3.7 Phase 5 : phase supra

Cette étape, dont l'importance est soulignée par de nombreux auteurs, vise à documenter en détail les processus d'adaptation utilisés avec la version traduite (Ganal et al., 2021 ; De Cotret, 2019).

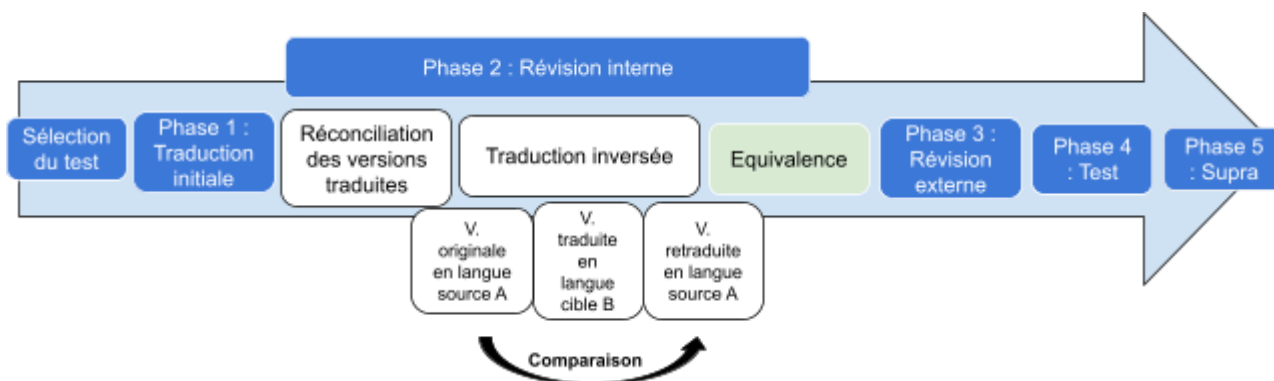


Fig. 4 : Schématisation des étapes de la méthode de traduction interculturelle d'un test

II- TRADUCTION VALIDE DU MEOF-II

Pour la traduction du MEOF-II, nous avons donc utilisé une méthode suivant les recommandations existantes et notamment celles que nous avons décrites ci-dessus. Notre fil conducteur étant principalement basé sur la grille de De Cotret (2019) (cf. Annexe 4). De plus, comme indiqué dans la littérature, il est recommandé de partir de la VO pour effectuer l'adaptation d'un test, nous sommes donc partis de la version suédoise du MEOF-II (cf. Annexe 5). Cela garantit une fidélité maximale au contenu et à la structure du test d'origine.

1. Accord de l'auteur

Avant d'envisager toute traduction, nous avons contacté Mr Albert Westergren, l'auteur du MEOF-II, et avons obtenu son accord pour le traduire.

2. Recrutement

Nous avons utilisé plusieurs méthodes de diffusion pour recruter des traducteurs répondant aux critères de la grille, notamment la publication dans des groupes Facebook (groupes culturels et professionnels tels que des groupes paramédicaux, médicaux et de traducteurs), des recherches sur des sites Internet fiables, et des contacts par e-mail via des sites universitaires de langues étrangères et d'écoles paramédicales suédoises. De plus, nous avons effectué des démarches en présentiel dans un lieu culturel franco-suédois pour optimiser nos chances de recrutement.

Après le recrutement d'un traducteur satisfaisant un ou plusieurs critères de la grille, les modalités de recrutement étaient ajustées pour combler les critères restants. Au total, plus de 20 groupes Facebook ont été sollicités, avec de nombreuses relances et e-mails envoyés pour trouver des traducteurs disposés à participer.

3. Procédure de traduction initiale

La traduction initiale consiste en une série de traductions réalisées de façon indépendante. Deux versions traduites ont été réalisées par des traductrices qualifiées (Hélène PARMBACK et Eva-Carin GUSTAFSSON) et une version a été réalisée par un expert dans le domaine de la dysphagie (Claes WIKLUND). Des consignes de traduction et des informations concernant le MEOF-II ont été fournies (cf. Annexe 6). Tous les items du MEOF-II sont traduits (items, consignes de passation, cotation...). De plus, à l'issue de leur travail, les traducteurs ont été invités à répondre à un questionnaire comprenant une partie sur leur profil en tant que traducteur et une autre partie dédiée à l'évaluation linguistique. Dans cette évaluation, les traducteurs mentionnent les difficultés de traduction rencontrées.

4. Révision interne

Les trois versions traduites ont ensuite été comparées lors d'un temps de discussion d'un comité de relecture qui est constitué des encadrants de ce mémoire (experts dans le domaine) et de moi-même, les traducteurs qualifiés ne pouvant être inclus. L'objectif était d'analyser les différences entre les versions traduites pour proposer une version traduite unique (Beaton et al., 2000). Nous avons fourni le tableau complet des points de discordances et une justification des décisions prises (cf. Annexe 9) (Epstein et al., 2015).

Une nouvelle traduction a ensuite été effectuée par une autre traductrice qui n'a pas connaissance de la version originale du MEOF-II et qui n'a pas participé à la traduction initiale. Mme Maria BERTILSSON, traductrice professionnelle, s'est chargée de retraduire en suédois la version traduite en français. L'objectif était de mettre en évidence d'éventuelles divergences avec la version originale du MEOF-II.

A l'issue de cette étape, nous avons exploré différentes pistes pour trouver des professionnels suédois ou d'autres traducteurs qualifiés volontaires et disposant des connaissances nécessaires pour évaluer l'équivalence entre la VO et sa rétro-translation mais nous n'en avons pas trouvé. Nous nous sommes résolus à contacter directement l'auteur du test afin qu'il puisse effectuer cette comparaison.

5. Profil des traducteurs

Comme cité précédemment, afin d'établir un profil plus précis des traducteurs, nous avons créé un questionnaire reprenant les principaux éléments comme indiqué dans les recommandations. Les traducteurs ont la liberté de choisir les questions auxquelles ils veulent répondre ainsi que de décider s'ils veulent ou non partager certaines informations.

RÉSULTATS

I- Résultats de la traduction

1. Profil des traducteurs

Les traducteurs ont accepté la diffusion de leur nom dans ce mémoire et des informations les concernant (cf. tableau 4).

	TRADUCTION INITIALE				RÉTRO-TRADUCTION
	Traducteur 1	Traducteur 2	Traducteur 3	Traducteur 4	Traducteur 5
Mode de recrutement	site Société française des traducteurs		Groupe Facebook : Svenskar i Frankrike	Groupe Facebook : Les Français en Suède	site Société française des traducteurs
Nationalité et langue maternelle	Suédoises			Françaises	Suédoises
Expérience des 2 cultures	Oui				
	25 années en Suède Installée en France depuis 15 ans	26 années en Suède 35 années en France	54 années en Suède 9 années en France	Plusieurs voyages en Scandinavie 2 ans et 4 mois en Suède et Norvège	Vit et travaille en France depuis 22 ans
Profession et expérience	Traductrices professionnelles indépendantes		Médecin anesthésiste et Réanimateur Maître de conférences	Non renseignées mais non traducteur professionnel	Traductrice professionnelle indépendante
	15 ans d'expérience Tout type de traduction surtout des contenus marketing, sites web, fiches produits, de l'informatique.	6 ans d'expérience, traduction administrative uniquement	Travaille actuellement en France depuis 2016 en tant que médecin anesthésiste		23 ans d'expérience Domaines de traduction : formation professionnelle et éducation, communications et relations commerciales, contenu technique, juridique.
Niveau de connaissances en dysphagie (0 → 4)	0 (Nul)	2 (Moyen)	4 (Excellent)	0 (Nul)	1 (Faible)
Êtes-vous familier avec la construction des tests ?	Non	Oui, cours théoriques à l'université	Oui, chercheur	Non	Non
Avez-vous déjà traduit des tests ?	Non	Non	Oui, test en anesthésie et en réanimation	Non	Non

Tableau 4 : Profil des traducteurs recrutés

2. Les traductions initiales

Au total, 4 versions traduites ont été réalisées de manière indépendante : une version supplémentaire aux versions déjà citées ci-dessus a été fournie ultérieurement par Benoît Jacobson (cf. Annexe 7), un quatrième traducteur de nationalité française et ayant l'expérience des deux cultures. Cette version a servi de point d'appui supplémentaire lors de la comparaison des trois versions traduites. Les trois versions initiales étant issues de traducteurs de nationalité suédoise, l'obtention de cette traduction a permis de valider un énième critère de la grille, celui mentionnant le profil d'un traducteur de langue maternelle française.

3. Évaluation linguistique des traducteurs

Une fois leur traduction réalisée, les traducteurs ont donc complété le formulaire d'évaluation linguistique, inspiré de l'OMS (2010) (cf. Annexe 8). Cette phase a permis de prendre connaissance de leurs difficultés rencontrées durant la traduction avant d'envisager la comparaison des traductions réalisées. Les principales problématiques concernent l'emploi de termes techniques en français et la tournure de certaines phrases.

	Mots/concepts difficiles à traduire	Endroit sur le MEOF-II	Justification du traducteur	Autre remarque
T1	hjälpmedel	Item A	« je pense que ces mots sont moins précis en français car je ne connais pas de terme technique adapté »	« Une autre difficulté était la tournure des phrases (qui n'est pas toujours systématique dans le document source). Certaines phrases suédoises sont actives ou très raccourcies, ce qui ne se traduit pas toujours bien en français. Dans ces cas, j'ai essayé de tourner la phrase d'une manière la plus idiomatique possible en français. »
	spill			
	personen biter av mat	Page 2, B3		
	mat	Item A et autres endroits	« termes techniques, difficile de trouver des termes adaptés en français »	
	ansamlar inte	B1		
	fluktuation i utförandet	C2		
	pet-emot-kant	Page 2, A2		
T2	Matintag	Item 1	« terme vague »	
	Sväljning	Item 2	« terme avec connotation peu scientifique en suédois »	
T3 (expert)	Energi	Item C	« Pas d'équivalent direct »	
	Kompensation	Rubrique	« A mon avis pas très clair, dans les explications on peut	

			déduire que « adaptation du repas (consistance par exemple) est une traduction plus claire »	
T4	« Les mots médicaux »			
T5	« Pas de difficultés majeures. Les concepts et termes principaux ont pu être trouvés à la suite de recherches (habituelles). »			

Tableau 5 : Évaluation linguistique des traducteurs

4. La révision interne

4.1 Comparatif des versions traduites

Lorsque la traduction d'un item variait entre les trois versions, l'élément a été examiné. Si une formulation identique était présente dans deux versions, elle était généralement retenue. Autrement, en l'absence de similitude, le comité optait pour la formulation la plus appropriée ou ajustait l'élément en question. Les traductions complètes et décisions du comité du formulaire du MEOF-II et du guide sont disponibles en annexe (cf. Annexe 9).

4.2 La traduction inversée (ou rétro-traduction)

Une fois la version traduite unique remise en page selon le format initial, nous avons donc transmis cette version à Maria BERTILSSON, traductrice professionnelle, qui s'est chargée de la retraduire en suédois (cf. Annexe 10). Elle a également été sollicitée pour répondre au questionnaire du profil des traducteurs et de l'évaluation linguistique et n'a relevé aucune difficulté particulière à l'issue de la traduction.

4.3 Equivalence de la VO et de la rétro-traduction

Pour rappel, l'équivalence de la VO et de la rétro-traduction n'a pas été pleinement évaluée. Cependant, Mr Albert Westergren, auteur de la version originale du MEOF-II, a comparé la version originale et la rétro-traduction du MEOF-II et n'a suggéré qu'une seule modification : transposer le premier point de B1 dans le guide à la section de B3. L'auteur nous a informés que cette modification avait également été apportée à la version suédoise.

4.4 Récapitulatif du processus et version traduite finale

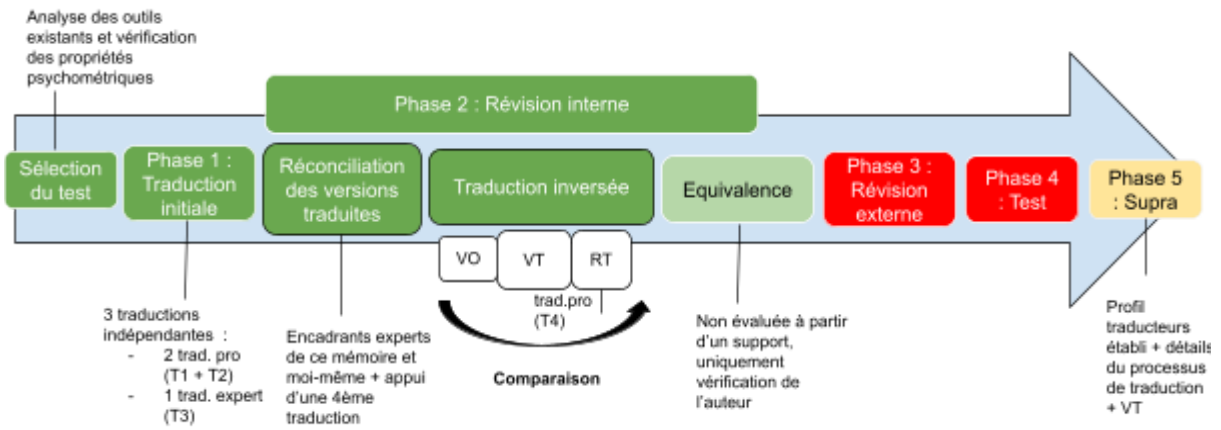


Fig. 5 : Schématisation des étapes de notre méthode de traduction interculturelle du MEOF-II

MEOF-II, Minimal Eating Observation Form-Version II

Évaluez la capacité de la personne à manger sans aide (humaine/technique). Une croix dans la zone grise indique un problème/des difficultés.

OBSERVATION pendant		
<input type="checkbox"/> Petit-déjeuner <input type="checkbox"/> Déjeuner <input type="checkbox"/> Dîner <input type="checkbox"/> Goûter <input type="checkbox"/> Autre		
POSTURE ET GESTE ALIMENTAIRE		Réussit sans problème
		Oui Non
A1	Position assise (s'assoit normalement, sans aide humaine/technique)	0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/>
A2	Capacité à gérer seul le repas (sans répandre/renverser, sans aide humaine/technique, utilise les deux mains)	0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/>
A3	Transport des aliments et boissons à la bouche (sans renverser/faire tomber, trouve facilement la bouche, n'utilise pas d'aide technique)	0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/>
MASTICATION ET DÉGLUTITION		Réussit sans problème
		Oui Non
B1	Gestion des aliments dans la bouche (mâche, pas d'accumulation des aliments dans la bouche)	0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/>
B2	Déglutition (absence de toux, n'a pas besoin de concentration supplémentaire, n'a pas ou peu de résidus dans la bouche après avoir avalé)	0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/>
B3	Y a-t-il des difficultés à mastiquer causées par des problèmes bucco-dentaires ou de prothèses ?	0 <input type="checkbox"/> Jamais 0 <input type="checkbox"/> Rarement 1 <input type="checkbox"/> Parfois 1 <input type="checkbox"/> Assez souvent 1 <input type="checkbox"/> Très souvent
PERFORMANCE ET APPÉTIT		Réussit sans problème
		Oui Non
C1	Mange plus des 3/4 du repas	1/1 repas (100%) 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 3/4 repas (75%) 1 <input type="checkbox"/> 1/2 repas (50%) 1 <input type="checkbox"/> <1/2 repas (moins de 50%) 1 <input type="checkbox"/>
C2	Performance sur tout un repas sans baisse/sans fluctuation, arrête que lorsqu'elle est rassasiée	0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/>
C3	Appétit actuel comparé à avant	0 <input type="checkbox"/> Très augmenté 0 <input type="checkbox"/> Augmenté 0 <input type="checkbox"/> Identique 1 <input type="checkbox"/> Diminué 1 <input type="checkbox"/> Très diminué

© WESTERGREN A. Tous droits réservés. Le MEOF-II ne peut être reproduit, partiellement ou entièrement, sous forme électronique ou mécanique (y compris par des systèmes de sauvegarde et recherche d'information) sans l'autorisation écrite de A. WESTERGREN.
 WESTERGREN A, LINDHOLM C, MATTSON A, ULANDER K (2009) Minimal Eating Observation Form: Reliability and Validity. *The Journal of Nutrition Health and Aging* 13(1):6-12

EXPLICATIONS pour l'évaluation de la prise alimentaire basée sur l'observation d'un repas ordinaire

- A1. Position assise pendant le repas.** *Pour la réponse OUI, il est exigé que :*
- la personne s'assoie de manière autonome et bouge librement et volontairement en position assise
- A2. Gestion des aliments dans l'assiette.** *Pour la réponse OUI, il est exigé que :*
- la personne utilise les deux mains
 - seulement peu de nourriture se retrouve en dehors de l'assiette
 - aucune aide technique ne soit utilisée (par exemple rebords d'assiette, couverts adaptés)
 - des couverts traditionnels soient utilisés (pas de cuillère pour la viande et les légumes)
 - la personne puisse elle-même découper au couteau et piquer à la fourchette les aliments
 - la personne prenne et repose elle-même son verre/sa tasse/son bol
- A3. Transport d'aliments et de boissons à la bouche.** *Pour la réponse OUI, il est exigé que :*
- la personne puisse bouger ses bras
 - les mouvements des bras/du tronc/de la tête soient coordonnés lorsque les aliments/la boisson est transportée à la bouche
 - qu'aucune serviette adaptée ne soit nécessaire
 - la personne trouve directement la bouche
 - seulement peu de nourriture tombe lors du transport vers la bouche
 - la personne elle-même tienne son verre/ sa tasse/ ses couverts/ son pain
 - qu'aucune adaptation ne soit nécessaire (par exemple : transvaser une soupe dans une tasse ou utiliser une paille)
- B1. Gestion des aliments dans la bouche.** *Pour la réponse OUI, il est exigé que :*
- la consistance des aliments ne soit pas modifiée
 - les aliments soient facilement transportés à l'arrière de la bouche
 - aucun aliment ne reste dans la bouche après le repas (contrôler en particulier l'espace entre les dents et les joues)
 - la conversation entre les bouchées soit possible
- B2. Déglutition.** *Pour la réponse oui, il est exigé que :*
- il n'y ait pas ou exceptionnellement de toux pouvant être perçue comme signe de fausse route
 - le mouvement de la déglutition se déclenche juste après la mastication
 - aucune pause ou concentration supplémentaire ne se produise avant d'avaler
 - après avoir avalé, la bouche soit pratiquement vide
- B3. Difficultés de mastication.** *Pour la réponse RAREMENT ou JAMAIS, il est exigé que :*
- les mouvements de mastication soient à la fois verticaux et circulaires
 - la personne prenne un morceau avec les dents (elle n'utilise pas ses mains pour déchirer un aliment)
 - les aliments ne tombent pas de la bouche lors de la mastication
- C1. Quantité de nourriture consommée.** *Pour la réponse 1/1 (100%), il est exigé que :*
- la personne mange tout le repas ou ne laisse que quelques petits morceaux de nourriture
 - le repas servi soit adapté aux besoins de la personne en quantité et en contenu
 - aucune nutrition artificielle ne soit en cours (entérale ou parentérale) en raison d'une consommation alimentaire insuffisante
- C2. Performance de la personne.** *Pour la réponse OUI, il est exigé que :*
- le repas soit interrompu seulement si la personne n'a plus faim (et non pas par la fatigue ou un manque de force)
- C3. L'appétit actuel comparé à avant.**
- Demandez d'abord à la personne elle-même et si besoin faites votre propre estimation.
 - L'appétit actuel doit être comparé à son appétit habituel.

5. Qualité de la traduction

Comme déjà évoqué, nous nous référons à la grille d'évaluation des processus d'adaptation issue de l'analyse bibliographique effectuée par De Cotret en 2019 pour analyser la qualité de la traduction. Les résultats liés à cette grille sont condensés dans le tableau ci-dessous, où un code couleur est utilisé pour une meilleure clarté : le vert témoigne de la validation de l'élément, l'orange indique une validation partielle ou l'absence d'informations et le rouge signale une invalidation.

Phase	Critère	Justifications
I- Trad. initiale	1	Nous avons fait appel à trois traducteurs durant la traduction initiale.
	2	Les traductrices 1 et 2 sont des traductrices professionnelles issues de la Société française des traducteurs.
	3	Les traductrices 1 et 2 étant traductrices professionnelles, elles travaillent donc dans les deux langues.
	4	Le traducteur 3 est médecin anesthésiste et a des connaissances en dysphagie.
	5	Le traducteur 3 est familier avec la construction des tests. Il est chercheur dans le domaine médical.
	6	Les trois traducteurs ont l'expérience de la culture suédoise et française.
	7	4 versions traduites ont été produites au total.
	8	Les règles de traduction ont été fournies et des informations ont été données sur le sujet (cf. Annexe 4).
	9	Le test a été traduit intégralement (formulaire d'observation et guide de passation), à l'exception du titre.
II- Révision interne	10	Le comité de révision était constitué de 3 membres pour la comparaison des traductions, l'auteur du test et son équipe ont vérifié la rétro-traduction avec la VO.
	11	Il n'y avait pas de traducteur professionnel dans le comité, mais une traductrice professionnelle a réalisé la rétro-traduction.
	12	Les réviseurs maîtrisent le construit et le concept du test et l'auteur de la version originale du MEOF-II a révisé la rétro-traduction.
	13	L'auteur du MEOF-II a participé à la phase de révision.
	14	Les réviseurs de la comparaison des versions traduites sont de la culture cible et n'ont pas ou peu d'expérience de la culture suédoise. Cependant, des prises de contact ont été effectuées avec l'auteur et l'un des traducteurs pour s'assurer de l'équivalence culturelle à propos de certains items.
	15	La traduction inversée est utilisée comme support pour que l'auteur puisse comparer les versions.

	16	Aucun type d'encadrement n'a été utilisé à la suite de la rétro-traduction mais l'auteur a comparé la version originale à la rétro-traduction.
III- Révision externe	17 à 21	La phase de révision externe n'a pas été réalisée.
IV- Testing	22, 23	Le testing n'a pas été réalisé.
V-Supra phase	24	Les problèmes de traduction sont détaillés (cf. Tableau 5 et Annexe 9).
	25	La version originale et la version adaptée (pré-traduite) en français sont disponibles en annexe (cf. Annexes 5 et 11)

DISCUSSION

I- VALIDATION DE LA TRADUCTION

1. Forces

1.1 Une traduction du MEOF-II suivant les recommandations

La traduction du MEOF-II a été menée en respectant les directives de l'ITC (2021), ainsi que les principes énoncés dans les travaux de Beaton (2000), Gudmundsson (2009), Epstein (2015), De Cotret (2019), et les recommandations de l'OMS (2010). Nous sommes partis de la version originale du MEOF-II ce qui a l'avantage de garantir un maintien de l'intégrité des mesures, une facilité de comparaison des résultats entre différentes populations ou dans le temps, une fiabilité accrue ainsi qu'une validité théorique et empirique.

La méthode employée pour la phase initiale de traduction a été validée, bien qu'un aspect de la grille de De Cotret (2019) n'ait été que partiellement validé : nous avons décidé de conserver le titre original du MEOF-II, malgré la suggestion de traduire tous les éléments. Nous avons jugé pertinent de préserver le titre dans notre contexte afin de maintenir le lien avec la version originale.

La méthode de révision interne est elle aussi globalement validée bien qu'il y ait des lacunes dans la composition du comité de relecture et l'analyse de l'équivalence des versions traduites. De plus, l'équivalence des versions n'a pas été pleinement évaluée comme recommandé dans la grille, faute d'avoir trouvé des traducteurs ou experts suédois volontaires pour la réaliser. Aucun type d'encadrement autre que la traduction inversée n'a été employé, cependant, nous avons contacté l'auteur du MEOF-II qui a pu vérifier la version originale du MEOF-II avec sa rétro-traduction et nous fournir ses recommandations de modification.

Dans l'ensemble, la traduction initiale et la révision interne ont été validées. Sous réserve que la révision externe soit menée conformément aux recommandations, la validité de la version traduite du MEOF-II sera établie.

Notre hypothèse de validation de la traduction est donc partiellement validée.

1.2 Une analyse comparative judicieuse des traductions

1.2.1 Engagement culturel du comité de relecture

La comparaison des différentes traductions a suscité des questionnements, entraînant des adaptations pour prendre en compte les différences culturelles en matière d'alimentation.

		Traduction globale des traducteurs	Décision du comité
Formulaire	C1	« Mange plus des ¾ de la portion servie »	« Mange plus des ¾ du repas »
		<p>Question/Remarque : « Portion » peut porter à confusion en France car il y a souvent une entrée, un plat et un dessert. De plus, il semble que ¾ soit une quantité importante de repas, ce qui pourrait conduire à comptabiliser presque systématiquement cet élément comme une difficulté alimentaire. Après consultation avec l'auteur du MEOF-II, il a été confirmé que les apports nutritionnels sont similaires en France et en Suède. La question de modifier cet élément sera examinée ultérieurement, sur la base des conseils d'experts professionnels. Cet élément pourrait être qualifié de "dépendant" car il ne dépend pas de la personne qui mange ou du soignant, mais du personnel en cuisine et du fonctionnement global de l'EHPAD.</p>	
Guide	A2, 4ème point	« des couverts traditionnels sont utilisés (pas de cuillère pour la viande et les pommes de terre) »	« que des couverts traditionnels soient utilisés (pas de cuillère pour la viande et les légumes) »
	A2, 5ème point	« la personne découpe la nourriture/ beurre sa tartine elle-même » / « prépare son sandwich »	« que la personne puisse elle-même découper au couteau et piquer à la fourchette les aliments »
	A2, 6ème point	« la personne prend et repose sa tasse/son verre elle-même »	« que la personne prenne et repose son verre/sa tasse/ son bol elle-même »
	A3, 1er point	« qu'aucun bavoir ne soit nécessaire »	« qu' aucune serviette adaptée ne soit nécessaire »

1.2.2 Adaptation par son utilisation en pratique clinique

Le MEOF-II est un outil de dépistage destiné à être utilisé par des aides-soignants et des infirmiers. Or, nous avons pu voir que la fonction d'aide-soignant est exercée par des professionnels de différentes formations, parfois sans formation préalable. Nous savons également que ces professionnels sont soumis à des contraintes horaires durant leur temps de travail (Nève, 2018). De plus, les évaluations linguistiques des traducteurs ont révélé une problématique dans la formulation des phrases, qui n'était pas toujours évidente dans le document source. Certaines phrases suédoises étaient actives ou succinctes et ne se traduisaient pas toujours facilement en français. Pour ces raisons, même si le MEOF-II nécessite dans tous les cas une formation courte, nous avons entrepris de simplifier certaines formulations d'items. En parallèle, nous avons jugé nécessaire de préciser certains items pour garantir une compréhension claire de l'outil par les soignants, évitant ainsi toute ambiguïté lors de la lecture du MEOF-II et préservant sa simplicité d'utilisation, comme évoqué dans l'article initial du MEOF-II (Westergren, 2009). Voici quelques exemples de formulations que nous avons simplifiées :

		Traduction globale des traducteurs	Décision du comité
Formulaire	Item réponse (Parties A, B, C)	« Capable sans problème »	« Réussit sans problème »
	A3	« Transport de la nourriture à la bouche (sans faire tomber, trouve la bouche de suite, sans aide) »	« Transport des aliments et boissons à la bouche (sans renverser/ faire tomber, trouve facilement la bouche, n'utilise pas d'aides techniques) »
Guide	A3, 4ème point	« il n'y a que très peu de gaspillage lors de l'acheminement vers la bouche »	« seulement peu de nourriture tombe lors du transport vers la bouche »
	B3, 1er point	« que la personne puisse arracher la nourriture d'un coup de dents (qu'elle ne coupe pas d'une manière anormale comme déchirer entre les dents et les mains) »	« que la personne prenne un morceau avec les dents (elle n'utilise pas ses mains pour déchirer un aliment) »

1.2.3 Adaptation par actualisation des connaissances

Nous avons ajusté les titres des dimensions du formulaire du MEOF-II pour mieux refléter les items qui y sont inclus. Ces ajustement sont basés sur des données de la littérature et restent en accord avec le cadre conceptuel du MEOF, puisque deux de ces articles ont été rédigés par l'auteur lui-même.

		Traduction globale des traducteurs	Décision du comité et justification	
Formulaire	Titre Partie A	APPORT / PRISE ALIMENTAIRE	POSTURE ET GESTE ALIMENTAIRE	
		MANGER	<i>Minimal Eating Observation Form : reliability and validity</i> (Westergren et al., 2009)	
	Titre Partie B	DÉGLUTITION	MASTICATION ET DÉGLUTITION	<i>Convergent and discriminant validity of the Minimal Eating Observation Form - version II : a cross-sectional study</i> (Westergren et al., 2024)
			PERFORMANCE/APPÉTIT	<i>Measuring elderly dysphagic patients' performance in eating – a review</i> (Hansen et al., 2011b)
	Titre Partie C	ENERGIE/APPÉTIT	PERSÉVÉRANCE/ APPÉTIT	<i>Measuring mealtime performance in older adults with suspected oropharyngeal dysphagia: an updated systematic review of psychometric properties</i> (Hansen et al., 2023)

1. Faiblesses

2.1 Des lacunes dans la documentation des concepts du MEOF-II

La principale difficulté que nous avons rencontrée concerne le manque de documentation des concepts du MEOF-II, ce qui a rendu difficile le choix de la traduction de certains items sans trahir les concepts initiaux du MEOF-II.

		Traduction globale des traducteurs	Questionnement	Décision et justification
Formulaire	A2	« Manipulation de la nourriture dans l'assiette » « Capacité à gérer seul le repas de manière autonome (sans perte/tâche, sans matériel d'assistance ou aide, en utilisant les deux mains) »	L'auteur cherche-t-il à évaluer l'autonomie de la personne davantage du point de vue des capacités exécutives ou plutôt praxiques ?	« Capacité à gérer seul le repas (sans répandre/ renverser, sans aide, utilise les deux mains) »
				En accord avec les éléments du guide, on cherche à voir si le patient est autonome.
Guide	A1	« que la personne soit assise sans aide et qu'elle puisse bouger dans une manière libre »	L'auteur cherche-t-il à déterminer si la personne est capable de s'asseoir seule et de maintenir cette position pendant le repas, ou simplement de rester assise et d'ajuster sa posture pendant le repas ?	« que la personne s'assoie de manière autonome et bouge librement et volontairement en position assise »
				Avis du 4ème traducteur et vérification auprès des versions anglaise et chinoise.
	C3	« L'appétit actuellement comparé à auparavant »	Que signifie réellement le « avant » ? La question est de savoir dans quelle mesure le MEOF-II est-il administré ? Est-ce plutôt dans le cadre d'un dépistage systématique ou bien suite à une problématique ?	« L'appétit actuel comparé à avant »

2.2 Les points faibles de la traduction

Tous les traducteurs impliqués ont le suédois comme langue maternelle, ce qui, malgré leur qualification de traducteurs professionnels, complique selon nous la transition du suédois au français. La traductrice ayant participé à la rétro-traduction avait d'ailleurs initialement décliné l'invitation à

participer à la phase de traduction initiale, car elle se spécialise uniquement dans les traductions du français vers le suédois. Pour autant, la traduction ayant servi de point d'appui supplémentaire est issue d'un traducteur non professionnel mais de langue maternelle française.

Un autre point faible de la traduction concerne les membres du comité de relecture. En effet, les encadrants de ce mémoire et moi-même n'avons aucune maîtrise de la langue suédoise et peu de connaissances de la culture suédoise. De plus, nous n'avons pas pu intégrer de traducteur suédois ou autre membre maîtrisant la langue à ce comité.

II- PERSPECTIVES

1. Recueil d'avis des soignants

Par la suite, il semble nécessaire d'évaluer le fond et la forme des items de la traduction française du MEOF-II par les soignants. D'après Westergren et al. (2009) une difficulté identifiée dans la première dimension du MEOF-II pourrait nécessiter une consultation avec un ergothérapeute tandis qu'une difficulté dans la deuxième dimension pourrait requérir l'intervention d'un orthophoniste, et dans la dernière dimension, celle d'un diététicien.

Il sera donc intéressant d'interroger ces professionnels, en plus du personnel soignant qui sera en mesure d'utiliser le MEOF-II, sur la clarté et la pertinence des items. Il sera également utile de questionner le format de l'outil.

Ce recueil d'informations constituerait une première étape de la révision externe.

2. Validation de la version traduite du MEOF-II

L'étape suivante sera la validation de la version traduite du MEOF-II. Cette validation inclura une révision externe conformément aux directives de De Cotret (2019). Ainsi, la validité de construit de la version originale du MEOF-II devrait être applicable à sa version traduite, comme suggéré par Gana et al. (2021) et Jeanrie et Bertrand (1999). Cependant, d'autres aspects psychométriques devront être évalués (Epstein et al., 2015). Il sera nécessaire d'examiner la validité de contenu, la validité de critère, la fiabilité et la sensibilité de la version traduite du MEOF-II, conformément à la checklist COSMIN de Mokkink et al. (2010).

Afin de garantir des données psychométriques les plus proches possibles de la version originale, les modèles des différentes études de validité du MEOF-II (Westergren et al., 2009 ; Westergren et al., 2019) pourront être utilisés comme référence.

CONCLUSION

L'objectif de ce mémoire était d'adapter un outil de dépistage de la dysphagie pour les personnes âgées résidant en EHPAD. Après avoir analysé les instruments les plus cités dans la littérature, notre choix s'est arrêté sur le MEOF-II en raison notamment de sa robustesse sur le plan psychométrique et de sa capacité à repérer la dysphagie en tant que syndrome gériatrique, c'est-à-dire dans une mesure globale liée à l'observation de repas. De plus, nous cherchions un outil qui soit utilisable dans la pratique clinique en EHPAD or le MEOF-II répond à ce critère puisqu'il a été validé dans cette population également.

Afin d'assurer une adaptation rigoureuse, nous avons étudié les recommandations énoncées dans la littérature scientifique concernant l'adaptation des échelles de mesure. Nous avons traduit le MEOF-II en partant de la version originale suédoise et en suivant une grille élaborée dans le cadre d'un processus d'adaptation. Nous avons donc validé la première et deuxième étape du processus, à savoir la traduction initiale ainsi que la révision interne de celle-ci. Cependant, l'adaptation du MEOF-II n'en est qu'à ses débuts.

Ainsi, dans une perspective de continuité de ce mémoire, il sera intéressant d'interroger les professionnels concernés par les concepts théoriques du MEOF-II (tels que les ergothérapeutes, les orthophonistes, les diététiciens) ainsi que ceux qui sont à même de s'en servir (les aides-soignants et les infirmiers). Cette étude permettra de recueillir des avis sur la clarté et la compréhensibilité de la traduction ainsi que sur la pertinence des éléments et la forme de l'outil. En fonction des avis recueillis par les professionnels, des ajustements devront être pris en compte si besoin avant de débiter le processus de validation de l'outil sur un large panel.



Table des annexes

Annexe 1 : Principales étiologies et facteurs de risque à l'origine de troubles de la déglutition chez le sujet âgé

Annexe 2 : Les outils de dépistage de la dysphagie

Annexe 3 : Consensus des 17 stratégies d'adaptation

Annexe 4 : Grille d'évaluation de la description du Processus d'Adaptation (G-PA)

Annexe 5 : Version originale du MEOF-II

Annexe 6 : Consignes de traduction fournies, méthodologie et explications sur l'objectif du mémoire

Annexe 7 : Traduction du MEOF-II du 4ème traducteur

Annexe 8 : Evaluation linguistique tirée de l'OMS (2010)

Annexe 9 : Tableau comparatif des traductions du MEOF-II

Annexe 10 : Rétro-traduction de la version traduite française du MEOF-II

Annexe 11 : Version adaptée (pré-traduite) du MEOF-II en français

BIBLIOGRAPHIE

- Allepaerts, S., Delcourt, S., & Petermans, J. (2008). Les troubles de la déglutition chez les personnes âgées : Un problème sous-estimé. *Revue Medicale De Liege*, 63(12), 715-721.
- Allepaerts, S., Delcourt, S., & Petermans, J. (2014). Les troubles de la déglutition chez les patients âgés : Une approche multidisciplinaire. *Revue Medicale De Liege*, 69(5-6), 349-356.
- Andersen Fortes, A., André-Brylle, J., Westmark, S., & Melgaard, D. (2019). Primary Healthcare Professionals Experience of Transfer and Meaning According to Screening for Dysphagia. *Geriatrics*, 4(4), 54. <https://doi.org/10.3390/geriatrics4040054>
- Arpin, S., Brodeur, J.-M., & Corbeil, P. (2008). Dental caries, problems perceived and use of services among institutionalized elderly in 3 regions of Quebec, Canada. *Journal (Canadian Dental Association)*, 74(9), 807.
- Arrêté du 10 juin 2021 relatif à la formation conduisant au diplôme d'Etat d'aide-soignant et portant diverses dispositions relatives aux modalités de fonctionnement des instituts de formation paramédicaux (2021). <https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000043646160>
- Atramont, A., Rigault, A., Chevalier, S., Leblanc, G., Fagot-Campagna, A., & Tuppin, P. (2017). Caractéristiques, pathologies et mortalité des résidents en établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (Ehpad) admis au cours du premier trimestre 2013 en France. *Revue d'Épidémiologie et de Santé Publique*, 65(3), 221-230. <https://doi.org/10.1016/j.respe.2016.11.003>
- Audag, N., Goubau, C., Danse, E., Vandervelde, L., Liistro, G., Toussaint, M., & Reychler, G. (2019). Validation and Reliability of the French Version of the Sydney Swallow Questionnaire. *Dysphagia*, 34(4), 556-566. <https://doi.org/10.1007/s00455-019-09978-9>
- Axelsson, K., Asplund, K., Norberg, A., & Eriksson, S. (1989). Eating problems and nutritional status during hospital stay of patients with severe stroke. *Journal of the American Dietetic Association*, 89(8), 1092-1096.
- Axelsson, K., Norberg, A., & Asplund, K. (1984). Eating after a stroke—Towards an integrated view. *International Journal of Nursing Studies*, 21(2), 93-99. [https://doi.org/10.1016/0020-7489\(84\)90050-6](https://doi.org/10.1016/0020-7489(84)90050-6)

- Baijens, L. W., Clavé, P., Cras, P., Ekberg, O., Forster, A., Kolb, G. F., Leners, J.-C., Masiero, S., Mateos-Nozal, J., Ortega, O., Smithard, D. G., Speyer, R., & 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>
- Bakke, M., Holm, B., Jensen, B. L., Michler, L., & Möller, E. (1990). Unilateral, isometric bite force in 8-68-year-old women and men related to occlusal factors. *Scandinavian Journal of Dental Research, 98*(2), 149-158. <https://doi.org/10.1111/j.1600-0722.1990.tb00954.x>
- Banda, K. J., Chu, H., Chen, R., Kang, X. L., Jen, H.-J., Liu, D., Shen Hsiao, S.-T., & Chou, K.-R. (2022). Prevalence of Oropharyngeal Dysphagia and Risk of Pneumonia, Malnutrition, and Mortality in Adults Aged 60 Years and Older : A Meta-Analysis. *Gerontology, 68*(8), 841-853. <https://doi.org/10.1159/000520326>
- Beaton, D. E., Bombardier, C., Guillemin, F., & Ferraz, M. B. (2000). Guidelines for the process of cross-cultural adaptation of self-report measures. *Spine, 25*(24), 3186-3191. <https://doi.org/10.1097/00007632-200012150-00014>
- Beck, A. M., Kjaersgaard, A., Hansen, T., & Poulsen, I. (2018). Systematic review and evidence based recommendations on texture modified foods and thickened liquids for adults (above 17 years) with oropharyngeal dysphagia—An updated clinical guideline. *Clinical Nutrition (Edinburgh, Scotland), 37*(6 Pt A), 1980-1991. <https://doi.org/10.1016/j.clnu.2017.09.002>
- Belafsky, P. C., Mouadeb, D. A., Rees, C. J., Pryor, J. C., Postma, G. N., Allen, J., & Leonard, R. J. (2008). Validity and reliability of the Eating Assessment Tool (EAT-10). *The Annals of Otology, Rhinology, and Laryngology, 117*(12), 919-924. <https://doi.org/10.1177/000348940811701210>
- Benaroyo, L. (2010). L'émergence de la bioéthique. In *Traité de bioéthique* (p. 95). Érès. <https://doi.org/10.3917/eres.hirsc.2010.01.0095>
- Bert, E., & Bodineau-Mobarak, A. (2010). Importance de l'état bucco-dentaire dans l'alimentation des personnes âgées. *Gérontologie et société, 33 / 134*(3), 73-86. <https://doi.org/10.3917/gs.134.0073>
- Berzlanovich, A. M., Fazeny-Dörner, B., Waldhoer, T., Fasching, P., & Keil, W. (2005). Foreign body asphyxia : A preventable cause of death in the elderly. *American Journal of Preventive Medicine, 28*(1), 65-69. <https://doi.org/10.1016/j.amepre.2004.04.002>

- Boileau. (2008). Physiologie et physiopathologie de la mastication. In *EMC Chirurgie orale et maxillo-faciale* (Elsevier Masson).
- Bolaños-Medina, A., & González-Ruiz, V. (2012). Deconstructing the Translation of Psychological Tests. *Meta: Journal des traducteurs*, 57, 715. <https://doi.org/10.7202/1017088ar>
- Bourges, E. (2018). Fausses routes et sujet âgé dans un établissement gériatrique. *Soins Gerontologie*, 23(133), 22-24.
- Bourzeau, M. (2015). Infirmière en Ehpad : Une expertise en gériatrie. *Soins Gériatrie*.
- Bousquet, P. J., Daures, J. P., & Demoly, P. (2005). Principes, caractéristiques et interprétation des tests de diagnostic et de dépistage. *Revue Française d'Allergologie et d'Immunologie Clinique*, 45(4), 314-319. <https://doi.org/10.1016/j.allerg.2005.02.019>
- Brislin, R. W. (1970). Back-Translation for Cross-Cultural Research—Richard W. Brislin, 1970. *Journal of Cross-cultural Psychology*, 1(3), 185-216. <https://doi.org/10.1177/135910457000100301>
- Brislin, R. W. (1980). Cross-Cultural Research Methods. In : Altman, I., Rapoport, A., Wohlwill, J.F. (eds) Environment and Culture. In *Human Behavior and Environment* (Springer, Vol. 4).
- Brislin, R. W. (1986). The wording and translation of research instruments. In *Field methods in cross-cultural research* (p. 137-164). Sage Publications, Inc.
- Bulletin Officiel N°32 (2013).
https://www.fno.fr/wp-content/uploads/2018/09/referentiel-activites-orthophoniste_267385.pdf
 #:~:text=Activit%C3%A9s%20de%20recherche%20et%20des%20recommandations%20de%20bonnes%20pratiques.
- Cabre, M., Serra-Prat, M., Palomera, E., Almirall, J., Pallares, R., & Clavé, P. (2010). Prevalence and prognostic implications of dysphagia in elderly patients with pneumonia. *Age and Ageing*, 39(1), 39-45. <https://doi.org/10.1093/ageing/afp100>
- Capet, C., Delaunay, O., Idrissi, F., Landrin, I., & Kadri, N. (2007a). Troubles de la déglutition de la personne âgée : Bien connaître les facteurs de risque pour une prise en charge précoce. *NPG Neurologie - Psychiatrie - Gériatrie*, 7(40), 15-23.
[https://doi.org/10.1016/S1627-4830\(07\)91444-0](https://doi.org/10.1016/S1627-4830(07)91444-0)
- Capet, C., Delaunay, O., Idrissi, F., Landrin, I., & Kadri, N. (2007b). Troubles de la déglutition de la personne âgée : Bien connaître les facteurs de risque pour une prise en charge précoce. *NPG Neurologie - Psychiatrie - Gériatrie*, 7(40), 15-23.

[https://doi.org/10.1016/S1627-4830\(07\)91444-0](https://doi.org/10.1016/S1627-4830(07)91444-0)

Carlsson, G. E. (1974). Bite force and chewing efficiency. *Frontiers of Oral Physiology*, 1(0), 265-292.

<https://doi.org/10.1159/000392726>

Cha, E.-S., Kim, K. H., & Erlen, J. A. (2007). Translation of scales in cross-cultural research : Issues and techniques. *Journal of Advanced Nursing*, 58(4), 386-395.

<https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2007.04242.x>

Cichero, J. A. Y. (2018). Age-Related Changes to Eating and Swallowing Impact Frailty : Aspiration, Choking Risk, Modified Food Texture and Autonomy of Choice. *Geriatrics (Basel, Switzerland)*, 3(4), 69. <https://doi.org/10.3390/geriatrics3040069>

Clavé, P., Arreola, V., Romea, M., Medina, L., Palomera, E., & Serra-Prat, M. (2008). Accuracy of the volume-viscosity swallow test for clinical screening of oropharyngeal dysphagia and aspiration. *Clinical Nutrition (Edinburgh, Scotland)*, 27(6), 806-815.

<https://doi.org/10.1016/j.clnu.2008.06.011>

Clavé, P., Rofes, L., Carrión, S., Ortega, O., Cabré, M., Serra-Prat, M., & Arreola, V. (2012). Pathophysiology, relevance and natural history of oropharyngeal dysphagia among older people. *Nestle Nutrition Institute Workshop Series*, 72, 57-66.

<https://doi.org/10.1159/000339986>

Code de La Santé Publique - Article R4311-4 (2021).

Code de l'action sociale et des familles - Articles D312-155-0 à D312-161, Code de l'action sociale et des familles (2022).

https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000045709228/2023-11-28

Cormary, X & Tannou, Y. (2013). La prévention des troubles de la déglutition en EHPAD. *En pratique*, 166.

Costes, M., Fichaux-Bourin, P., Woisard, V., Grand, S., & Puech, M. (2009). [Positioning in the oropharyngeal dysphagia]. *Revue De Laryngologie - Otologie - Rhinologie*, 130(1), 61-63.

Costes, M., & Woisard, V. (2008). [Occupational therapy in the adaptation of food gesture]. *Revue De Laryngologie - Otologie - Rhinologie*, 129(2), 133-135.

Cottet, I., Marion, G., & Dreyer, P. (2010). Plaisir de manger et refus d'alimentation en établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes. *Gérontologie et société*, 33 / 134(3), 207-215. <https://doi.org/10.3917/gs.134.0207>

- Cruz-Jentoft, A. J., Baeyens, J. P., Bauer, J. M., Boirie, Y., Cederholm, T., Landi, F., Martin, F. C., Michel, J.-P., Rolland, Y., Schneider, S. M., Topinková, E., Vandewoude, M., & Zamboni, M. (2010). Sarcopenia : European consensus on definition and diagnosis: Report of the European Working Group on Sarcopenia in Older People. *Age and Ageing*, *39*(4), 412-423. <https://doi.org/10.1093/ageing/afq034>
- Cruz-Jentoft, A. J., Bahat, G., Bauer, J., Boirie, Y., Bruyère, O., Cederholm, T., Cooper, C., Landi, F., Rolland, Y., Sayer, A. A., Schneider, S. M., Sieber, C. C., Topinkova, E., Vandewoude, M., Visser, M., Zamboni, M., & Writing Group for the European Working Group on Sarcopenia in Older People 2 (EWGSOP2), and the Extended Group for EWGSOP2. (2019). Sarcopenia : Revised European consensus on definition and diagnosis. *Age and Ageing*, *48*(1), 16-31. <https://doi.org/10.1093/ageing/afy169>
- Cudennec, T. (2017). *Fiches de soins—Infirmiers en gériatrie & Gériatologie* (Masson).
- Defebvre, L. (2007). La maladie de Parkinson et les syndromes parkinsoniens apparentés. *Médecine Nucléaire*, *31*(6), 304-313. <https://doi.org/10.1016/j.mednuc.2007.03.013>
- Dejaeger, M., Liesenborghs, C., Dejaeger, E., Dejaeger, M., Liesenborghs, C., & Dejaeger, E. (2015). Presbyphagia. In *Seminars in Dysphagia*. IntechOpen. <https://doi.org/10.5772/60780>
- DePippo, K. L., Holas, M. A., & Reding, M. J. (1992). Validation of the 3-oz water swallow test for aspiration following stroke. *Archives of Neurology*, *49*(12), 1259-1261. <https://doi.org/10.1001/archneur.1992.00530360057018>
- Desport, J.-C., Fayemendy, P., Jésus, P., & Salle, J.-Y. (2014). Conduite à tenir devant des troubles de la déglutition. *Nutrition Clinique et Métabolisme*, *28*(3), 221-224. <https://doi.org/10.1016/j.nupar.2014.06.001>
- Diehl, H., Graverholt, B., Espehaug, B., & Lund, H. (2016). Implementing guidelines in nursing homes : A systematic review. *BMC Health Services Research*, *16*, 298. <https://doi.org/10.1186/s12913-016-1550-z>
- Dos Santos, L., Cyrino, E. S., Antunes, M., Santos, D. A., & Sardinha, L. B. (2017). Sarcopenia and physical independence in older adults : The independent and synergic role of muscle mass and muscle function. *Journal of Cachexia, Sarcopenia and Muscle*, *8*(2), 245-250. <https://doi.org/10.1002/jcsm.12160>
- DREES. (2020). *Le taux d'encadrement dans les Ehpad | Ses déterminants et ses alternatives*.

<https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/sites/default/files/2020-12/DD68.pdf>

DREES. (2022). *Des résidents de plus en plus âgés et dépendants dans les établissements d'hébergement pour personnes âgées Premiers résultats de l'enquête EHPA 2019.*

Durand-Zaleski. (2000). [Evaluation of diagnostic or screening procedures. Validity of tests, sensitivity, specificity, predictive values. Definition and indications for mass screening]. *La Revue du praticien*, 50, 1155-1158.

Dwivedi, R. C., St Rose, S., Roe, J. W. G., Khan, A. S., Pepper, C., Nutting, C. M., Clarke, P. M., Kerawala, C. J., Rhys-Evans, P. H., Harrington, K. J., & Kazi, R. (2010). Validation of the Sydney Swallow Questionnaire (SSQ) in a cohort of head and neck cancer patients. *Oral Oncology*, 46(4), e10-14. <https://doi.org/10.1016/j.oraloncology.2010.02.004>

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>

Éloi, M., & Martin, P. (2017). La personne au centre de la prise en charge en EHPAD : Entre règles, pratiques et représentations. *Revue française des affaires sociales*, 1, 21-40. <https://doi.org/10.3917/rfas.171.0021>

Engberg, A. V., Rångevall, G., Eriksson, K., & Tuomi, L. (2024). Prevalence of Dysphagia and Risk of Malnutrition in Elderly Living in Nursing Homes. *Dysphagia*. <https://doi.org/10.1007/s00455-024-10682-6>

Engelen, L., Fontijn-Tekamp, A., & van der Bilt, A. (2005). The influence of product and oral characteristics on swallowing. *Archives of Oral Biology*, 50(8), 739-746. <https://doi.org/10.1016/j.archoralbio.2005.01.004>

Engh, M. C. N., & Speyer, R. (2022). Management of Dysphagia in Nursing Homes : A National Survey. *Dysphagia*, 37(2), 266-276. <https://doi.org/10.1007/s00455-021-10275-7>

Epstein, J., Santo, R. M., & Guillemin, F. (2015). A review of guidelines for cross-cultural adaptation of questionnaires could not bring out a consensus. *Journal of Clinical Epidemiology*, 68(4), 435-441. <https://doi.org/10.1016/j.jclinepi.2014.11.021>

Ercikan & Lyons-Thomas. (2013). *Adapting tests for use in other languages and cultures* (Vol. 3).

Estupiñán Artiles, C., Regan, J., & Donnellan, C. (2021). Dysphagia screening in residential care settings : A scoping review. *International Journal of Nursing Studies*, 114, 103813.

<https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2020.103813>

- Farri, A., Accornero, A., & Burdese, C. (2007). Social importance of dysphagia : Its impact on diagnosis and therapy. *Acta Otorhinolaryngologica Italica: Organo Ufficiale Della Societa Italiana Di Otorinolaringologia E Chirurgia Cervico-Facciale*, 27(2), 83-86.
- Feinberg, M. J., Ekberg, O., Segall, L., & Tully, J. (1992). Deglutition in elderly patients with dementia : Findings of videofluorographic evaluation and impact on staging and management. *Radiology*, 183(3), 811-814. <https://doi.org/10.1148/radiology.183.3.1584939>
- Ferry, M. (2010). Nutrition, vieillissement et santé. *Gérontologie et société*, 33 / 134(3), 123-132. <https://doi.org/10.3917/ges.134.0123>
- Fondation Vaincre Alzheimer. (2020). *Alzheimer en quelques chiffres*. <https://www.vaincrealzheimer.org/la-maladie/quelques-chiffres/>
- Fontas, M. (2023). *La dysphagie en EHPAD: état des lieux de la formation initiale des aides-soignants* [Mémoire d'orthophonie]. CFUO Poitiers.
- 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 - Gériatrie*, 13(74), 107-116. <https://doi.org/10.1016/j.npg.2012.10.005>
- Fried, L. P., Tangen, C. M., Walston, J., Newman, A. B., Hirsch, C., Gottdiener, J., Seeman, T., Tracy, R., Kop, W. J., Burke, G., McBurnie, M. A., & Cardiovascular Health Study Collaborative Research Group. (2001). Frailty in older adults : Evidence for a phenotype. *The Journals of Gerontology. Series A, Biological Sciences and Medical Sciences*, 56(3), M146-156. <https://doi.org/10.1093/gerona/56.3.m146>
- Gana, K., Broc, G., Boudouda, N. E., Calcagni, N., & Ben Youssef, S. (2021). Recommandations de l'ITC pour la traduction et l'adaptation de tests (seconde édition). *Pratiques Psychologiques*, 27(3), 175-200. <https://doi.org/10.1016/j.prps.2020.06.005>
- Geisinger, K. (1994). Cross-Cultural Normative Assessment : Translation and Adaptation Issues Influencing the Normative Interpretation of Assessment Instruments. *Psychological Assessment*, 6, 304-312. <https://doi.org/10.1037/1040-3590.6.4.304>
- Gentil, C., Pêcheur-Peytel, G., Navarro, P., Guilhermet, Y., & Krolak-Salmon, P. (2021). Les troubles de la déglutition chez le patient âgé : Les dépister, les évaluer, les prendre en soin. *Pratique Neurologique - FMC*, 12(1), 41-50. <https://doi.org/10.1016/j.praneu.2021.02.003>

- Girod-Roux, M. (2012). Troubles de déglutition dans la maladie d'Alzheimer. *Lettre de Psychogériatrie*.
- Gudmundsson, E. (2009). Guidelines for translating and adapting psychological instruments. *Nordic Psychology*, 61(2), 29-45. <https://doi.org/10.1027/1901-2276.61.2.29>
- Guérin, L. (2018). L'essentiel est qu'il(s) mange(nt). Participation sollicitée ou empêchée des résidents en EHPAD. *Participations*, 22(3), 159-183. <https://doi.org/10.3917/parti.022.0159>
- Guessous, I., Cornuz, J., Gaspoz, J.-M., & Paccaud, F. (2010). Dépistage : Principes et méthodes. *Revue Médicale Suisse*. <https://doi.org/10.53738/REVMED.2010.6.256.1390>
- Hambleton, R. K., & Patsula, L. (1998). Adapting Tests for Use in Multiple Languages and Cultures. *Social Indicators Research*, 45(1), 153-171. <https://doi.org/10.1023/A:1006941729637>
- Hambleton, R. K., & Zenisky, A. L. (2011). Translating and adapting tests for cross-cultural assessments. In *Cross-cultural research methods in psychology* (p. 46-74). Cambridge University Press.
- Hanon, O. (2013). Journées annuelles de la Société française de gériatrie et gérontologie (SFGG). *Les cahiers de l'année gérontologique*, 5(1), 1-1. <https://doi.org/10.1007/s12612-013-0353-7>
- Hansen, T., Beck, A. M., Kjaersgaard, A., & Poulsen, I. (2022). Second update of a systematic review and evidence-based recommendations on texture modified foods and thickened liquids for adults (above 17 years) with oropharyngeal dysphagia. *Clinical Nutrition ESPEN*, 49, 551-555. <https://doi.org/10.1016/j.clnesp.2022.03.039>
- Hansen, T., Kjaersgaard, A., & Faber, J. (2011a). Measuring elderly dysphagic patients' performance in eating—A review. *Disability and Rehabilitation*, 33(21-22), 1931-1940. <https://doi.org/10.3109/09638288.2011.553706>
- Hansen, T., Kjaersgaard, A., & Faber, J. (2011b). Measuring elderly dysphagic patients' performance in eating—A review. *Disability and Rehabilitation*, 33(21-22), 1931-1940. <https://doi.org/10.3109/09638288.2011.553706>
- Hansen, T., Lambert, H., & Faber, J. (2012). Ingestive Skill Difficulties are Frequent Among Acutely-Hospitalized Frail Elderly Patients, and Predict Hospital Outcomes. *Physical & Occupational Therapy in Geriatrics*, 30. <https://doi.org/10.3109/02703181.2012.736019>
- Hansen, T., Rasmussen, S. A. F., Fabricius, J., Grove, L.-M. D., & Simpelaere, I. (2023). Measuring mealtime performance in older adults with suspected oropharyngeal dysphagia : An updated

- systematic review of psychometric properties. *Disability and Rehabilitation*, 1-15.
<https://doi.org/10.1080/09638288.2023.2178033>
- HAS. (2004). *GUIDE MÉTHODOLOGIQUE - Comment évaluer a priori un programme de dépistage ?*
https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/guide_programme_depistage_rap.pdf
- HAS. (2013). *OUTIL D'AMÉLIORATION DES PRATIQUES PROFESSIONNELLES - Comment repérer la fragilité en soins ambulatoires ?*
https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2013-06/fiche_parours_fragilite_vf.pdf
- HAS. (2016). *ARTICLE HAS - Dépistage : Objectifs et conditions.*
https://www.has-sante.fr/jcms/c_2632453/fr/depistage-objectif-et-conditions
- Hatch, J. P., Shinkai, R. S., Sakai, S., Rugh, J. D., & Paunovich, E. D. (2001). Determinants of masticatory performance in dentate adults. *Archives of Oral Biology*, 46(7), 641-648.
[https://doi.org/10.1016/s0003-9969\(01\)00023-1](https://doi.org/10.1016/s0003-9969(01)00023-1)
- Hathaway, B., Vaezi, A., Egloff, A. M., Smith, L., Wasserman-Wincko, T., & Johnson, J. T. (2014). Frailty measurements and dysphagia in the outpatient setting. *The Annals of Otolaryngology, Rhinology, and Laryngology*, 123(9), 629-635. <https://doi.org/10.1177/0003489414528669>
- Hébuterne, X., Zazzo, J. F., Lesourd, B., Dorigny, B., Mazon, V., & Desport, J. C. (2009). Etat nutritionnel des personnes âgées hébergées en maisons de retraite en France métropolitaine : Résultats d'une enquête prospective. *Gastroentérologie Clinique et Biologique*, 33(3, Supplement 1), 319. [https://doi.org/10.1016/S0399-8320\(09\)73010-6](https://doi.org/10.1016/S0399-8320(09)73010-6)
- Hermabessière, S., Campo, J.-F., Lacoste-Ferré, M.-H., & Rolland, Y. (2019). [Swallowing disorders, training and assessment of geriatric practices]. *Soins. Gerontologie*, 24(137), 29-34.
<https://doi.org/10.1016/j.sger.2019.03.009>
- INCa. (2022). *Cancers de la sphère ORL (voies aérodigestives supérieures) : Les points clés—Cancers de la sphère ORL (voies aérodigestives supérieures).*
<https://www.e-cancer.fr/Patients-et-proches/Les-cancers/Cancers-de-la-sphere-ORL-voies-aerodigestives-superieures/Les-points-cles>
- INSEE. (2018). *Etat de santé et dépendance des séniors.*
<https://www.insee.fr/fr/statistiques/3646032?sommaire=3646226>
- INSEE. (2020). *Population par âge.*
<https://www.insee.fr/fr/statistiques/4277619?sommaire=4318291#:~:text=Le%20vieillessement>

%20de%20la%20population,au%201er%20janvier%202020.

- Jacobsson, C., Axelsson, K., Norberg, A., Asplund, K., & Wenngren, B. I. (1997). Outcomes of individualized interventions in patients with severe eating difficulties. *Clinical Nursing Research, 6*(1), 25-44. <https://doi.org/10.1177/105477389700600104>
- Jeanrie, C., & Bertrand, R. (1999). Translating Tests with the International Test Commission's Guidelines : Keeping Validity in Mind. *European Journal of Psychological Assessment, 15*, 277-283. <https://doi.org/10.1027//1015-5759.15.3.277>
- Jukic Peladic, N., Orlandoni, P., Dell'Aquila, G., Carrieri, B., Eusebi, P., Landi, F., Volpato, S., Zuliani, G., Lattanzio, 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>
- Khaldoun, E., Woisard, V., & Verin, E. (2009). Validation in French of the SWAL-QOL scale in patients with oropharyngeal dysphagia. *Gastroenterologie Clinique Et Biologique, 33*(3), 167-171. <https://doi.org/10.1016/j.gcb.2008.12.012>
- Klinke, M. E., Wilson, M. E., Hafsteinsdóttir, T. B., & Jónsdóttir, H. (2013). Recognizing new perspectives in eating difficulties following stroke : A concept analysis. *Disability and Rehabilitation, 35*(17), 1491-1500. <https://doi.org/10.3109/09638288.2012.736012>
- Koller, M., Aaronson, N. K., Blazeby, J., Bottomley, A., Dewolf, L., Fayers, P., Johnson, C., Ramage, J., Scott, N., West, K., & EORTC Quality of Life Group. (2007). Translation procedures for standardised quality of life questionnaires : The European Organisation for Research and Treatment of Cancer (EORTC) approach. *European Journal of Cancer (Oxford, England: 1990), 43*(12), 1810-1820. <https://doi.org/10.1016/j.ejca.2007.05.029>
- Kristianstad University. (2022). *Minimal Eating Observation Form (MEOF)*. Kristianstad University. <https://www.hkr.se/en/research/pro-care/minimal-eating-observation-form-meof/>
- Kuroda, Y., & Kuroda, R. (2012). Relationship between thinness and swallowing function in Japanese older adults : Implications for sarcopenic dysphagia. *Journal of the American Geriatrics Society, 60*(9), 1785-1786. <https://doi.org/10.1111/j.1532-5415.2012.04123.x>
- Landrin, I., Capet, C., & Menager, C. (2016a). 21 - Fausses routes : Dépistage des troubles de la déglutition et prévention des pneumopathies d'inhalation. In C. Trivalle (Éd.), *Gérontologie Préventive (Troisième Édition)* (p. 317-330). Elsevier Masson.

<https://doi.org/10.1016/B978-2-294-74614-7.00021-0>

Landrin, I., Capet, C., & Menager, C. (2016b). 21 - Fausses routes : Dépistage des troubles de la déglutition et prévention des pneumopathies d'inhalation. In C. Trivalle (Éd.), *Gérontologie Préventive (Troisième Édition)* (p. 317-330). Elsevier Masson.

<https://doi.org/10.1016/B978-2-294-74614-7.00021-0>

Langmore, S. E., Skarupski, K. A., Park, P. S., & Fries, B. E. (2002). Predictors of aspiration pneumonia in nursing home residents. *Dysphagia*, 17(4), 298-307.

<https://doi.org/10.1007/s00455-002-0072-5>

Liedberg, B., & Owall, B. (1991). Masticatory ability in experimentally induced xerostomia. *Dysphagia*, 6(4), 211-213. <https://doi.org/10.1007/BF02493529>

Malgorn, V. (2023). *Validation d'un questionnaire destiné à l'accompagnant du patient dysphagique : « Le Déglutition Handicap Index—Accompagnant »* [Mémoire d'orthophonie]. Faculté de Psychologie, Logopédie et Sciences de l'éducation de Liège.

Manoukian, A., & Thellier, L. (2021). Du besoin nutritionnel au besoin du partage. In *Les soignants et les personnes âgées : De l'approche psychosociale aux soins infirmiers* (Lamarre).

Marquier, R. (2013). *Vivre en établissement d'hébergement pour personnes âgées à la fin des années 2000*. <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/sites/default/files/2020-08/dss47.pdf>

Marquier, R., Vroylandt, T., Chenal, M., Jolidon, P., Laurent, T., Peyrot, C., Straub, T., & Toldre, C. (2016). *Des conditions de travail en EHPAD vécues comme difficiles par des personnels très engagés | Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques*.

Martino, R., Beaton, D., & Diamant, N. E. (2009). Using different perspectives to generate items for a new scale measuring medical outcomes of dysphagia (MOD). *Journal of Clinical Epidemiology*, 62(5), 518-526. <https://doi.org/10.1016/j.jclinepi.2008.05.007>

Martino, R., Silver, F., Teasell, R., Bayley, M., Nicholson, G., Streiner, D. L., & Diamant, N. E. (2009). The Toronto Bedside Swallowing Screening Test (TOR-BSST) : Development and validation of a dysphagia screening tool for patients with stroke. *Stroke*, 40(2), 555-561.

<https://doi.org/10.1161/STROKEAHA.107.510370>

Meriau, H. (2013). *La personne âgée dysphagique en maison de retraite : Orthophonie et information du personnel soignant* [Mémoire d'orthophonie, Université Paris VI Pierre et Marie Curie].

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-00873936/document>

- Michel, A., Bon Mardion, N., Hansen, K., & Gbaguidi, X. (2016). [Swallowing disorders in the elderly]. *La Revue Du Praticien*, 66(10), 1121-1126.
- Mioche, L., Bourdiol, P., & Peyron, M.-A. (2004). Influence of age on mastication : Effects on eating behaviour. *Nutrition Research Reviews*, 17(1), 43-54. <https://doi.org/10.1079/NRR200375>
- Mokkink, L. B., Terwee, C. B., Patrick, D. L., Alonso, J., Stratford, P. W., Knol, D. L., Bouter, L. M., & de Vet, H. C. W. (2010). The COSMIN checklist for assessing the methodological quality of studies on measurement properties of health status measurement instruments : An international Delphi study. *Quality of Life Research*, 19(4), 539-549. <https://doi.org/10.1007/s11136-010-9606-8>
- Moncayo-Hernández, B. A., Herrera-Guerrero, J. A., Vinazco, S., Ocampo-Chaparro, J. M., & Reyes-Ortiz, C. A. (2021). Sarcopenic dysphagia in institutionalised older adults. *Endocrinologia, Diabetes Y Nutricion*, S2530-0164(21)00146-4. <https://doi.org/10.1016/j.endinu.2021.02.010>
- Morita, K., Tsuka, H., Kato, K., Mori, T., Nishimura, R., Yoshida, M., & Tsuga, K. (2018). Factors related to masticatory performance in healthy elderly individuals. *Journal of Prosthodontic Research*, 62(4), 432-435. <https://doi.org/10.1016/j.jpor.2018.03.007>
- Morrison, S. (1992). *Screening in chronic disease* (Oxford University Press). Oxford University Press.
- Mrozovski, J.-M. (2022). Dépistage, définitions et généralités. *Actualités Pharmaceutiques*, 61(621), 55-56. <https://doi.org/10.1016/j.actpha.2022.10.013>
- Namasivayam-MacDonald, A. M., Barbon, C. E. A., & Steele, C. M. (2018). A review of swallow timing in the elderly. *Physiology & Behavior*, 184, 12-26. <https://doi.org/10.1016/j.physbeh.2017.10.023>
- Namasivayam-MacDonald, A. M., & Riquelme, L. F. (2019). Presbyphagia to Dysphagia : Multiple Perspectives and Strategies for Quality Care of Older Adults. *Seminars in Speech and Language*, 40(3), 227-242. <https://doi.org/10.1055/s-0039-1688837>
- Navarro P. (2019). *L'intervention orthophonique précoce de la dysphagie parkinsonienne : Effet de l'impact thérapeutique du Human Beat-Box—Etudes de cas multiples* [Mémoire d'orthophonie]. Université Claude Bernard, Lyon.
- Navazesh, M., Mulligan, R. A., Kipnis, V., Denny, P. A., & Denny, P. C. (1992). Comparison of whole saliva flow rates and mucin concentrations in healthy Caucasian young and aged adults.

- Journal of Dental Research*, 71(6), 1275-1278.
<https://doi.org/10.1177/00220345920710060201>
- Nawaz, S., & Tulunay-Ugur, O. E. (2018). Dysphagia in the Older Patient. *Otolaryngologic Clinics of North America*, 51(4), 769-777. <https://doi.org/10.1016/j.otc.2018.03.006>
- Nève, S. (2018). L'épuisement professionnel en EHPAD. *Soins Gériatrie*, 23(131), 25-26.
<https://doi.org/10.1016/j.sger.2018.02.010>
- Newton, J. P., Yemm, R., Abel, R. W., & Menhinick, S. (1993). Changes in human jaw muscles with age and dental state. *Gerodontology*, 10(1), 16-22.
<https://doi.org/10.1111/j.1741-2358.1993.tb00074.x>
- Oh, E., Weintraub, N., & Dhanani, S. (2005). Can we prevent aspiration pneumonia in the nursing home? *Journal of the American Medical Directors Association*, 6(3 Suppl), S76-80.
<https://doi.org/10.1016/j.jamda.2005.03.018>
- O'Keeffe, S. T., Leslie, P., Lazenby-Paterson, T., McCurtin, A., Collins, L., Murray, A., Smith, A., Mulkerrin, S., & SPARC (Swallow Perspectives, Advocacy and Research Collective). (2023). Informed or misinformed consent and use of modified texture diets in dysphagia. *BMC Medical Ethics*, 24(1), 7. <https://doi.org/10.1186/s12910-023-00885-1>
- Omari, T. I., Kritas, S., Cock, C., Besanko, L., Burgstad, C., Thompson, A., Rommel, N., Heddle, R., & Fraser, R. J. L. (2014). Swallowing dysfunction in healthy older people using pharyngeal pressure-flow analysis. *Neurogastroenterology and Motility*, 26(1), 59-68.
<https://doi.org/10.1111/nmo.12224>
- OMS. (2010). *Measuring health and disability : Manual for WHO Disability Assessment Schedule (WHODAS 2.0)*.
[https://www.who.int/publications-detail-redirect/measuring-health-and-disability-manual-for-who-disability-assessment-schedule-\(-whodas-2.0\)](https://www.who.int/publications-detail-redirect/measuring-health-and-disability-manual-for-who-disability-assessment-schedule-(-whodas-2.0))
- OMS. (2022, octobre). *Vieillesse et santé*.
<https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/ageing-and-health>
- Özsürekcı, C., Kara, M., Güngör, A. E., Ayçiçek, G. Ş., Çalışkan, H., Doğu, B. B., Cankurtaran, M., & Halil, M. G. (2022). Relationship between chewing ability and malnutrition, sarcopenia, and frailty in older adults. *Nutrition in Clinical Practice: Official Publication of the American Society for Parenteral and Enteral Nutrition*, 37(6), 1409-1417. <https://doi.org/10.1002/ncp.10877>

- Papas, A. S., Palmer, C. A., Rounds, M. C., & Russell, R. M. (1998). The effects of denture status on nutrition. *Special Care in Dentistry: Official Publication of the American Association of Hospital Dentists, the Academy of Dentistry for the Handicapped, and the American Society for Geriatric Dentistry*, 18(1), 17-25. <https://doi.org/10.1111/j.1754-4505.1998.tb01354.x>
- Park, K. D., Kim, T. H., & Lee, S. H. (2020). The Gugging Swallowing Screen in dysphagia screening for patients with stroke : A systematic review. *International Journal of Nursing Studies*, 107, 103588. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2020.103588>
- 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>
- Peipersack, T., Maes, Géraldine, Allègre, Sophie, & Praet, Jean-Philippe. (2016). La dysphagie : Un syndrome gériatrique ? *Gériatrie et Psychologie Neuropsychiatrie du Vieillessement*, 14(4). <https://doi.org/10.1684/pnv.2016.0637>
- Peyron, M. A., Woda, A., Bourdiol, P., & Hennequin, M. (2017). Age-related changes in mastication. *Journal of Oral Rehabilitation*, 44(4), 299-312. <https://doi.org/10.1111/joor.12478>
- Puisieux, F., D'andrea, C., Baconnier, P., Bui-Dinh, D., Castaings-Pelet, S., Crestani, B., Desrues, B., Ferron, C., Franco, A., Gaillat, J., Guenard, H., Housset, B., Jeandel, C., Jebrak, G., Leymarie-Selles, A., Orvoen-Frija, E., Piette, F., Pinganaud, G., Salle, J.-Y., ... 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)
- Rasquier, S., Poindessous, J.-L., Basta, M., Vincent, M., Crespin, C., & Gonzar, A. (2017). Prévenir les troubles de la déglutition. *L'Aide-Soignante*, 31(190), 31-32. <https://doi.org/10.1016/j.aidsoi.2017.07.004>
- René de Cotret, F. (2019). *Le processus d'adaptation : Une démarche scientifique pour traduire le test psychométrique* [Mémoire doctoral en psychologie, Université Laval, Québec, Canada]. <https://doi.org/10.13140/RG.2.2.27639.37289>
- Rittié Bukhard A. (2016). Troubles de la déglutition dans la maladie de Parkinson idiopathique. *Rééducation orthophonique*, 267, 75-84.
- Roberts, H., Lambert, K., & Walton, K. (2024). The Prevalence of Dysphagia in Individuals Living in

- Residential Aged Care Facilities : A Systematic Review and Meta-Analysis. *Healthcare*, 12(6), 649. <https://doi.org/10.3390/healthcare12060649>
- Rockwood, K., & Mitnitski, A. (2007). Frailty in relation to the accumulation of deficits. *The Journals of Gerontology. Series A, Biological Sciences and Medical Sciences*, 62(7), 722-727. <https://doi.org/10.1093/gerona/62.7.722>
- Rockwood, K., Song, X., MacKnight, C., Bergman, H., Hogan, D. B., McDowell, I., & Mitnitski, A. (2005). A global clinical measure of fitness and frailty in elderly people. *CMAJ: Canadian Medical Association Journal = Journal de l'Association Médicale Canadienne*, 173(5), 489-495. <https://doi.org/10.1503/cmaj.050051>
- Rofes, L., Arreola, V., Almirall, J., Cabré, M., Campins, L., García-Peris, P., Speyer, R., & Clavé, P. (2011). Diagnosis and management of oropharyngeal Dysphagia and its nutritional and respiratory complications in the elderly. *Gastroenterology Research and Practice*, 2011, 818979. <https://doi.org/10.1155/2011/818979>
- Rofes, L., Arreola, V., Romea, M., Palomera, E., Almirall, J., Cabré, M., Serra-Prat, M., & Clavé, P. (2010). Pathophysiology of oropharyngeal dysphagia in the frail elderly. *Neurogastroenterology and Motility*, 22(8), 851-858, e230. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2982.2010.01521.x>
- Roger, A., Michon, D., Sulmont-Rossé, C., Van Wymelbeke-Delannoy, V., & Hugol-Gential, C. (2021a). Engager les personnes âgées dans l'acte alimentaire : Les pratiques du personnel en EHPAD. *Nutrition Clinique et Métabolisme*, 35(4), 260-267. <https://doi.org/10.1016/j.nupar.2021.06.001>
- Roger, A., Michon, D., Sulmont-Rossé, C., Van Wymelbeke-Delannoy, V., & Hugol-Gential, C. (2021b). Engager les personnes âgées dans l'acte alimentaire : Les pratiques du personnel en EHPAD. *Nutrition Clinique et Métabolisme*, 35(4), 260-267. <https://doi.org/10.1016/j.nupar.2021.06.001>
- Rogez, E. (2008). L'infirmière référente en EHPAD. *Soins Gériatrie*, 13(70), 39-40. [https://doi.org/Doi : SGER-04-2008-00-70-1268-6034-101019-200802742](https://doi.org/10.1016/j.nupar.2021.06.001)
- Rolland, Y., Benetos, A., Gentric, A., Ankri, J., Blanchard, F., Bonnefoy, M., de Decker, L., Ferry, M., Gonthier, R., Hanon, O., Jeandel, C., Nourhashemi, F., Perret-Guillaume, C., Retornaz, F., Bouvier, H., Ruault, G., & Berrut, G. (2011). [Frailty in older population : A brief position paper

- from the French society of geriatrics and gerontology]. *Geriatric Et Psychologie Neuropsychiatrie Du Vieillissement*, 9(4), 387-390. <https://doi.org/10.1684/pnv.2011.0311>
- Rosenthal, A., & Chen, J. (2015). Modifying Food Texture, Volume 2 : Sensory Analysis, Consumer Requirements and Preferences. In *Modifying Food Texture : Volume 2 : Sensory Analysis, Consumer Requirements and Preferences* (Woodhead Publishing).
- Ruglio, V. (2017). Dysphagies neurogériatriques, oralités et presbyphagie. *Rééducation orthophonique*, 271, 359-383.
- Samuels, R., & Chadwick, D. D. (2006). Predictors of asphyxiation risk in adults with intellectual disabilities and dysphagia. *Journal of Intellectual Disability Research: JIDR*, 50(Pt 5), 362-370. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2788.2005.00784.x>
- Santé Publique France. (2022). *Maladie d'Alzheimer et autres démences*. <https://www.santepubliquefrance.fr/maladies-et-traumatismes/maladies-neurodegeneratives/maladie-d-alzheimer-et-autres-demences>
- Santé Publique France. (2023). *Maladies neurodégénératives*. <https://www.santepubliquefrance.fr/maladies-et-traumatismes/maladies-neurodegeneratives>
- Savoca, M. R., Arcury, T. A., Leng, X., Chen, H., Bell, R. A., Anderson, A. M., Kohrman, T., Frazier, R. J., Gilbert, G. H., & Quandt, S. A. (2010). Severe tooth loss in older adults as a key indicator of compromised dietary quality. *Public Health Nutrition*, 13(4), 466-474. <https://doi.org/10.1017/S1368980009991236>
- Schweizer, V. (2010). Troubles de la déglutition de la personne âgée. *Rev Med Suisse*, 265(35), 1859-1862.
- Shafiee, G., Keshtkar, A., Soltani, A., Ahadi, Z., Larijani, B., & Heshmat, R. (2017). Prevalence of sarcopenia in the world : A systematic review and meta- analysis of general population studies. *Journal of Diabetes and Metabolic Disorders*, 16, 21. <https://doi.org/10.1186/s40200-017-0302-x>
- Smithard, D. G. (2016). Dysphagia Management and Stroke Units. *Current Physical Medicine and Rehabilitation Reports*, 4(4), 287-294. <https://doi.org/10.1007/s40141-016-0137-2>
- Soriano, G., Fabrice, N., Muriel, G., Tannou, Y., Cormary, X., & Fichaux-Bourin, P. (2023). Un dispositif médical non invasif pour l'évaluation de la déglutition à distance chez les personnes âgées en EHPAD. *Nutrition Clinique et Métabolisme*, 37(2, Supplement 2), e50-e51.

<https://doi.org/10.1016/j.nupar.2023.03.091>

Speyer, R., Cordier, R., Farneti, D., Nascimento, W., Pilz, W., Verin, E., Walshe, M., & Woisard, V. (2022). White Paper by the European Society for Swallowing Disorders : Screening and Non-instrumental Assessment for Dysphagia in Adults. *Dysphagia*, 37(2), 333-349.

<https://doi.org/10.1007/s00455-021-10283-7>

Sulmont-Rossé, C., Maître, I., Feyen, V., Vandenberghe-Descamps, M., Labouré, H., Feron, G., & van Wymelbeke, V. (2018). Quels aliments pour maintenir la prise alimentaire chez les personnes âgées et prévenir la dénutrition ? *Innovations Agronomiques*, 65, 99-111.

<https://doi.org/10.15454/1.5408041258793853E12>

Sulmont-Rossé, C., & Van Wymelbeke, V. (2019a). Les déterminants d'un apport protidique faible chez les personnes âgées dépendantes. *Cahiers de Nutrition et de Diététique*, 54(3), 180-189. <https://doi.org/10.1016/j.cnd.2019.02.003>

Sulmont-Rossé, C., & Van Wymelbeke, V. (2019b). Les déterminants d'un apport protidique faible chez les personnes âgées dépendantes. *Cahiers de Nutrition et de Diététique*, 54(3), 180-189. <https://doi.org/10.1016/j.cnd.2019.02.003>

Tamaru, Y., Matsugi, A., Masaki, S., Tsubouchi, Y., & Yanagawa, A. (2021a). Premature oral pre-shaping for feeding in elderly population with risk of aspiration pneumonia. *PLoS ONE*, 16(2), e0246804. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0246804>

Tamaru, Y., Matsugi, A., Masaki, S., Tsubouchi, Y., & Yanagawa, A. (2021b). Premature oral pre-shaping for feeding in elderly population with risk of aspiration pneumonia. *PLoS One*, 16(2), e0246804. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0246804>

Tannou, Y., Cormary, X., Gabas, M., Nicolini, L., & Woisard, V. (2021, janvier). Un collier connecté au service de l'orthophonie clinique. *FNO L'orthophoniste*, 405, 11-12.

Tassé, M. J., & Craig, E. M. (1999). *Critical issues un the cross-cultural assessment of adaptative behavior Adaptive behavior and its measurement : Implications for the field of mental retardation.*

Theou, O., Cann, L., Blodgett, J., Wallace, L. M. K., Brothers, T. D., & Rockwood, K. (2015). Modifications to the frailty phenotype criteria : Systematic review of the current literature and investigation of 262 frailty phenotypes in the Survey of Health, Ageing, and Retirement in Europe. *Ageing Research Reviews*, 21, 78-94. <https://doi.org/10.1016/j.arr.2015.04.001>

- Thiolet, C., Corberand, D., Harnois, F., Mennequier, D., & Farret, O. (2008). Complications digestives du diabète. In *EMC - Gastroentérologie* (p. 1-8).
<https://www.em-consulte.com/article/69124/complications-digestives-du-diabete>
- Thomas. (2023). [Psychotropic drugs in the elderly]. *Soins. Gerontologie*, 28(163).
<https://doi.org/10.1016/j.sger.2023.07.007>
- Trapl, M., Enderle, P., Nowotny, M., Teuschl, Y., Matz, K., Dachenhausen, A., & Brainin, M. (2007). Dysphagia bedside screening for acute-stroke patients : The Gugging Swallowing Screen. *Stroke*, 38(11), 2948-2952. <https://doi.org/10.1161/STROKEAHA.107.483933>
- Umay, E., Eyigor, S., Karahan, A. Y., Gezer, I. A., Kurkcu, A., Keskin, D., Karaca, G., Unlu, Z., Tıkız, C., Vural, M., Aydeniz, B., Alemdaroglu, E., Bilir, E. E., Yalman, A., Sen, E. I., Akaltun, M. S., Altındag, O., Keles, B. Y., Bilgilişoy, M., ... Calik, Y. (2019). The GUSS test as a good indicator to evaluate dysphagia in healthy older people : A multicenter reliability and validity study. *European Geriatric Medicine*, 10(6), 879-887. <https://doi.org/10.1007/s41999-019-00249-2>
- Van der Bilt, A. (2011). Assessment of mastication with implications for oral rehabilitation : A review. *Journal of Oral Rehabilitation*, 38(10), 754-780.
<https://doi.org/10.1111/j.1365-2842.2010.02197.x>
- Verdonschot, R. J. C. G., Baijens, L. W. J., Vanbelle, S., van de Kolk, I., Kremer, B., & Leue, C. (2017). Affective symptoms in patients with oropharyngeal dysphagia : A systematic review. *Journal of Psychosomatic Research*, 97, 102-110.
<https://doi.org/10.1016/j.jpsychores.2017.04.006>
- Visvanathan, R., Macintosh, C., Callary, M., Penhall, R., Horowitz, M., & Chapman, I. (2003). The nutritional status of 250 older Australian recipients of domiciliary care services and its association with outcomes at 12 months. *Journal of the American Geriatrics Society*, 51(7), 1007-1011. <https://doi.org/10.1046/j.1365-2389.2003.51317.x>
- Wakabayashi, H. (2014). Presbyphagia and Sarcopenic Dysphagia : Association between Aging, Sarcopenia, and Deglutition Disorders. *The Journal of Frailty & Aging*, 3(2), 97-103.
<https://doi.org/10.14283/jfa.2014.8>
- Wang, T., Jiang, H., Westergren, A., Wang, J., & Wang, L. (2016). The Minimal Eating Observation Form-II (MEOF-II) : Cross-cultural validation of the Chinese version for people with stroke. *Journal of Evaluation in Clinical Practice*, 22(2), 207-212. <https://doi.org/10.1111/jep.12455>

- Warshaw, G. A., Bragg, E. J., Fried, L. P., & Hall, W. J. (2008). Which patients benefit the most from a geriatrician's care? Consensus among directors of geriatrics academic programs. *Journal of the American Geriatrics Society*, *56*(10), 1796-1801.
<https://doi.org/10.1111/j.1532-5415.2008.01940.x>
- Wayler, A. H., Kapur, K. K., Feldman, R. S., & Chauncey, H. H. (1982). Effects of age and dentition status on measures of food acceptability. *Journal of Gerontology*, *37*(3), 294-299.
<https://doi.org/10.1093/geronj/37.3.294>
- Westergren, A. (2019). The Minimal Eating Observation Form—Version II Revisited : Validity and Reliability. *Journal of Nursing Measurement*, *27*. <https://doi.org/10.1891/1061-3749.27.3.478>
- Westergren, A., Lindholm, C., Mattsson, A., & Ulander, K. (2009). Minimal eating observation form : Reliability and validity. *JNHA - The Journal of Nutrition, Health and Aging*, *13*(1), 6-11.
<https://doi.org/10.1007/s12603-009-0002-4>
- Westergren, A., & Melgaard, D. (2020). The Minimal Eating Observation Form-II Danish Version : Psychometric and Metrological Aspects. *Journal of Nursing Measurement*, JNM-D-18-00084.
<https://doi.org/10.1891/JNM-D-18-00084>
- Westergren, A., Smithard, D., Westergaard, M., Norup, A., Riis, J., Krarup, A., Hansen, L. E. M., Emborg, C., & Melgaard, D. (2024). Convergent and discriminant validity of the Minimal Eating Observation Form – version II : A cross-sectional study. *BMC Geriatrics*, *24*(1), 27.
<https://doi.org/10.1186/s12877-023-04639-x>
- Westergren, A., Unosson, M., Ohlsson, O., Lorefält, B., & Hallberg, I. R. (2002). Eating difficulties, assisted eating and nutritional status in elderly (≥ 65 years) patients in hospital rehabilitation. *International Journal of Nursing Studies*, *39*(3), 341-351.
[https://doi.org/10.1016/S0020-7489\(01\)00025-6](https://doi.org/10.1016/S0020-7489(01)00025-6)
- Wirth, R., Dziewas, R., Beck, A. M., Clavé, P., Hamdy, S., Heppner, H. J., Langmore, S., Leischker, A. H., Martino, R., Pluschinski, P., Rösler, A., Shaker, R., Warnecke, T., Sieber, C. C., & Volkert, D. (2016). Oropharyngeal dysphagia in older persons - from pathophysiology to adequate intervention : A review and summary of an international expert meeting. *Clinical Interventions in Aging*, *11*, 189-208. <https://doi.org/10.2147/CIA.S97481>
- Woda, A., Foster, K., Mishellany, A., & Peyron, M. A. (2006). Adaptation of healthy mastication to factors pertaining to the individual or to the food. *Physiology & Behavior*, *89*(1), 28-35.

<https://doi.org/10.1016/j.physbeh.2006.02.013>

- Woisard, V., Andrieux, M. P., & Puech, M. (2006). Validation d'un questionnaire d'auto-évaluation des troubles de la déglutition (Deglutition Handicap Index). *Revue De Laryngologie - Otologie - Rhinologie*, 127, 315-325.
- Woisard-Bassols, V., & Puech, M. (2011). *La réhabilitation de la déglutition chez l'adulte : Le point sur la prise en charge fonctionnelle / (2e édition revue et augmentée)*.
- Woollacott, M. H. (1993). Age-related changes in posture and movement. *Journal of Gerontology*, 48 Spec No, 56-60. https://doi.org/10.1093/geronj/48.special_issue.56
- Wu, X. S., Miles, A., & Braakhuis, A. (2023). Malnutrition in aged care : Interplay between dysphagia and diet. *Current Opinion in Otolaryngology & Head and Neck Surgery*, 31(6), 350-356. <https://doi.org/10.1097/MOO.0000000000000911>
- Xing-Bongioanni, J., & Plault, M. (2022). Regard critique sur la réforme des aides-soignantes : Le cas des EHPAD. *Soins Cadre*, 31(140), 14-16. <https://doi.org/DOI: 10.1016/j.scad.2022.11.005>
- Yoshikawa, T., Tanaka, M., Ishii, A., Yamano, Y., & Watanabe, Y. (2016). Visual food stimulus changes resting oscillatory brain activities related to appetitive motive. *Behavioral and Brain Functions: BBF*, 12(1), 26. <https://doi.org/10.1186/s12993-016-0110-3>
- Zhao, W.-T., Yang, M., Wu, H.-M., Yang, L., Zhang, X.-M., & Huang, Y. (2018). Systematic Review and Meta-Analysis of the Association between Sarcopenia and Dysphagia. *The Journal of Nutrition, Health & Aging*, 22(8), 1003-1009. <https://doi.org/10.1007/s12603-018-1055-z>

ANNEXES

Annexe 1 : Principales étiologies et facteurs de risque à l'origine de troubles de la déglutition chez le sujet âgé (Landrin et al., 2016)

Affections stomatologiques	<ul style="list-style-type: none"> - Infections buccales dont candidose - Prothèse dentaire mal adaptée - Edentation - Mauvais état bucco-dentaire (caries, parodontopathies) - Xérostomie induite par médicaments (anticholinergiques, diurétiques, etc.), respiration bouche ouverte, radiothérapie, déshydratation, diabète, maladie auto-immune (Sjögren), insuffisance rénale, dysthyroïdie
Affections neurologiques	<ul style="list-style-type: none"> - Accident vasculaire cérébral - Maladie de Parkinson et syndromes extra-pyramidaux - Maladie d'Alzheimer au stade sévère - Sclérose latérale amyotrophique - tumeurs du système nerveux central - traumatismes crâniens et leurs séquelles - Syndrome de Guillain-Barré - Chorée de Huntington et Ataxie cérébelleuse - Neuropathies périphériques
Affections de la sphère ORL	<ul style="list-style-type: none"> - Tumeurs - Diverticules de Zencker - Compression extrinsèque : thyroïde, adénopathies, ostéophyte cervical, etc.
Iatrogénie	<ul style="list-style-type: none"> - Médicaments : neuroleptiques, anticholinergiques, diurétiques, antihistaminiques, inhibiteurs calciques, etc. - Sonde nasogastrique - Sonde d'intubation trachéale - Radiothérapie cervicale - Séquelles de chirurgie cervicale : thyroïde, oesophage, voies aéro-digestives supérieures, rachis cervical par voie antérieure
Affections musculaires	<ul style="list-style-type: none"> - Myasthénie - Myosites et myopathies
Divers	<ul style="list-style-type: none"> - Déshydratation - Dénutrition - Fin de vie - Affections psychiatriques - Troubles de la vigilance - Installation inadéquate pour les repas - Aide au repas - Matériel inadapté (verre canard)

Annexe 2 : Les outils de dépistage de la dysphagie

- **TOR-BSST (Toronto Bedside Swallowing Screening Test) (Martino, Silver, et al., 2009)**

Développé pour repérer les patients à risque de dysphagie après un AVC, il consiste en 5 éléments : l'évaluation de la qualité vocale de base, des mouvements de la langue, un test d'ingestion de 50 ml d'eau, l'évaluation de la sensation pharyngée et la qualité vocale après le test. Chaque élément est jugé comme normal ou anormal. La présence d'un ou de plusieurs éléments anormaux justifie un examen plus approfondi par un orthophoniste. Ce test démontre une bonne validité, avec une sensibilité et une valeur prédictive négative toutes deux supérieures à 90% (Martino et al., 2008).

- **GUSS (Gugging Swallowing Screening Test) (Trapl et al., 2007)**

Le GUSS (Gugging Swallowing Screen) est un outil de dépistage de la dysphagie développé initialement chez les patients ayant eu un AVC. Il se divise en deux parties : un test de déglutition indirecte, où le patient est invité à tousser volontairement ou à se racler la gorge, puis à avaler sa salive ; et un test de déglutition directe, où le patient doit ingérer de la compote, de l'eau et du pain successivement. Les observations effectuées pendant ces tests (toux, bave, altération de la voix, difficulté ou retard à avaler) permettent de calculer un score déterminant le niveau de sévérité de la dysphagie et de formuler des recommandations (K. D. Park et al., 2020). Des études ont évalué sa sensibilité à 100% et sa spécificité entre 50 et 69% (Trapl et al., 2007). Plus récemment, le test GUSS a été reconnu comme un outil fiable et valide pour détecter les signes précoces de dysphagie oropharyngée chez les personnes âgées en bonne santé, sans antécédents de dysphagie. Il est adapté pour être utilisé comme un moyen de dépistage efficace dans la pratique clinique hospitalière (Umay et al., 2019).

GUSS
(Gugging Swallowing Screen)

Nom : _____

Date : _____

Heure : _____

1. Recherche préliminaire / Test de déglutition indirecte

	oui	non
Vigilance (le patient doit être vigilant pour au moins 15 minutes)	1 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>
Toux et / ou éclaircissement de la gorge (toux volontaire) (le patient doit tousser ou s'éclaircir la gorge deux fois)	1 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>
Déglutition de la salive	1 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>
• Déglutition réussie		
• Bavage	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>
• Changement de la voix (rauque, gargouillements, voilée, faible)	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>
RESUME		(5)
	1 – 4 = exploration complémentaire ¹ 5 = continuer avec la partie 2	

2. Test de déglutition directe (Matériel : eau, cuillère, gobelet, compote, pain)

Dans l'ordre suivant	1 → SEMISOLIDE*	2 → LIQUIDE**	3 → SOLIDE***
DEGLUTITION			
• Déglutition impossible	0 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>
• Déglutition retardée (>2 sec.) (Textures solides > 10 sec.)	1 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>
• Déglutition réussie	2 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>
TOUX (Involontaire) (Avant, pendant, ou après la déglutition – jusqu'à 3 minutes après)			
• Oui	0 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>
• Non	1 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>
BAVAGE			
• Oui	0 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>
• Non	1 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>
CHANGEMENT DE LA VOIX (Ecoutez la voix avant et après la déglutition – le patient devra dire « O »)			
• Oui	0 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>
• Non	1 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>
RESUME	(5)	(5)	(5)
	1 – 4 = exploration complémentaire ¹ 5 = Continuer avec Liquide	1 – 4 = exploration complémentaire ¹ 5 = Continuer avec Solide	1 – 4 = exploration complémentaire ¹ 5 = Normal
RESUME : (Test de déglutition directe ET indirecte) _____ (20)			

*	1/3 à 1/2 d'une cuillère de compote. S'il n'y a pas de symptôme, donner 3 à 5 cuillères. Evaluer après la cinquième cuillère.
**	3, 5, 10, 20 ml d'eau. S'il n'y a pas de symptôme, continuer avec 50 ml d'eau (Daniels et al. 2000 ; Gottlieb et al. 1996). Evaluer et arrêter le test quand un des critères est observé !
***	Clinique : pain sec ; NFS. Pain sec trempé dans du liquide coloré.
¹	Utiliser les tests fonctionnels tels que Vidéoradioscopie (VRS), Nasofibroscopie (NFS)

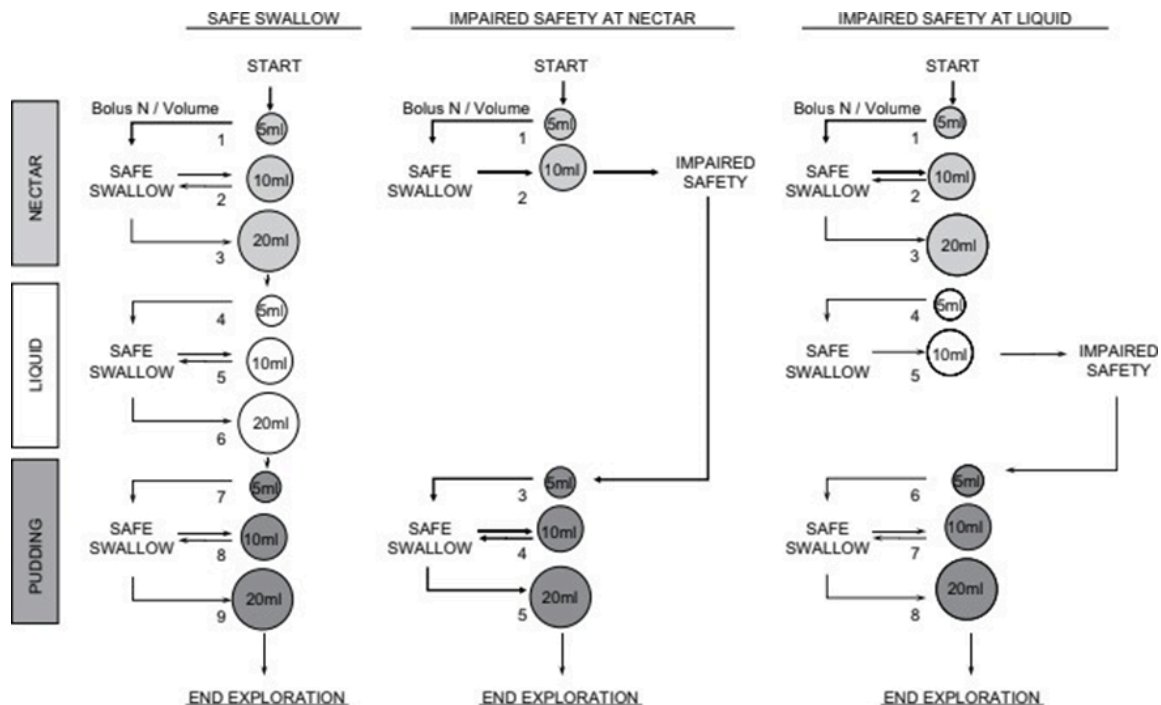
GUSS
(Gugging Swallowing Screen)

GUSS – EVALUATION

RESULTATS		CODE DE SEVERITE	RECOMMANDATIONS
20	Texture semi-solide, liquide et solide réussie	Léger / Pas de dysphagie, risque minimal d'aspiration	<ul style="list-style-type: none"> Régime normal Liquides autorisés (la 1^{ère} fois sous la supervision d'un(e) orthophoniste ou d'une infirmière formée aux AVC)
15-19	Texture semi-solide et liquide réussie et texture solide non réussie	Légère dysphagie avec un petit risque d'aspiration	<ul style="list-style-type: none"> Régime pour dysphagie (nourriture molle et en purée) Liquides très lentement, une gorgée à la fois. Evaluation de la déglutition fonctionnelle tels que Nasofibroscopie (NFS) ou Vidéoradioscopie (VRS) Se référer à un(e) orthophoniste
10-14	Déglutition de texture semi-solide réussie et liquide non réussie	Dysphagie modérée avec risque d'aspiration	<ul style="list-style-type: none"> Textures semi-solides telles que la nourriture pour bébé et des compléments alimentaires parentérales. Tous les liquides doivent être épaissis ! Les pilules doivent être broyées et mélangé avec du liquide épaissi. Pas de médicament sous forme de liquide ! Evaluations de la déglutition fonctionnelle complémentaires (NFS, VRS). Se référer à un(e) orthophoniste
0-9	Test préliminaire non réussi ou déglutition de texture semi-solide non réussie	Dysphagie sévère avec un haut risque d'aspiration	<ul style="list-style-type: none"> NPO (non per os = rien par la bouche) Evaluations de la déglutition fonctionnelle complémentaires (NFS, VRS). Se référer à un(e) orthophoniste

Supplément avec tube naso-gastrique ou parentérale

● **V-VST (Volume Viscosity Swallow Test) (Clavé et al., 2008)**



● **3-oz Water Swallow Test (ou test au verre d'eau) (DePippo et al., 1992)**

Le test du verre d'eau de 90 ml, également connu sous le nom de "3-oz Water Swallow Test", développé par DePippo en 1992, vise à repérer les patients ayant subi un AVC et présentant un

risque de fausses routes, nécessitant ainsi une évaluation supplémentaire. Il consiste à faire boire 90 ml d'eau à température ambiante sans interruption. Un résultat positif est indiqué par la survenue de toux pendant ou dans la minute suivant la déglutition, ou par une voix mouillée après le test. Ce test, simple et rapide, est largement utilisé, bien que sa sensibilité varie de 76% à 94% selon la méthode d'évaluation, avec une spécificité de 59%. Il a été sélectionné pour s'adapter à une population présentant principalement un retard dans le déclenchement du temps pharyngé, entraînant des fausses routes. Gottlieb a validé l'utilisation d'un volume réduit à 50 ml pour ce test en 1996.

- **DHI (Deglutition Handicap Index)** (Woisard et al., 2006)

Il est inspiré du "Voice Handicap Index" (VHI) de Jacobson (1997). Ce questionnaire se compose de trente questions réparties en trois catégories ("symptôme", "fonctionnel" et "émotionnel"), auxquelles le patient attribue un score de 0 à 4 (0 représentant "jamais" et 4 "toujours"). Il vise à évaluer la présence de symptômes spécifiques à la dysphagie ainsi que l'impact nutritionnel, psychologique et social de ces symptômes (Woisard et al., 2006).

The Deglutition Handicap Index (D.H.I)									
Merci de bien répondre à toutes les questions :					J	PJ	P	PT	T
	Je sens une gêne quand j'avale								
D	Les aliments restent collés ou bloqués dans ma gorge								
O	J'ai des difficultés à déglutir les liquides								
M	Je tousse ou je racle ma gorge pendant ou après les repas								
A	Je m'étouffe en mangeant ou en buvant								
I	Je sens des remontées de liquides ou d'aliments après les repas								
N	J'ai du mal à mâcher								
E	Des aliments passent dans mon nez quand je bois ou quand je mange								
	Je bave quand je mange								
S	J'ai mal à la gorge quand j'avale								
	Mes difficultés pour avaler me rendent incapable de manger certains aliments								
D	J'ai besoin de modifier la consistance des aliments pour pouvoir les avaler								
O	La durée des repas est allongée à cause de mes difficultés à avaler								
M	Je mange moins à cause de mes problèmes de déglutition								
A	J'ai faim ou j'ai soif après le repas								
I	Je suis fatiguée à cause de mes difficultés pour avaler								
N	Je perds du poids à cause des mes difficultés pour avaler								
E	J'ai peur de manger								
	Je fais plus souvent des bronchites ou des infections pulmonaires depuis mes problèmes de déglutition								
F	Je suis plus gêné(e) pour respirer depuis mes problèmes de déglutition								
	J'évite de manger avec les autres à cause de mes difficultés pour avaler								
D	Mes problèmes de déglutition limitent ma vie personnelle et sociale								
O	Je suis ennuyé(e) par la manière dont je mange au moment des repas								
M	Manger devient un moment désagréable à cause de mes difficultés pour avaler								
A	Mes difficultés pour avaler me contrarient								
I	Je trouve que les autres ne comprennent pas mes problèmes de déglutition								
N	Les gens semblent irrités par mon problème de déglutition								
E	Je suis tendu(e) quand je mange avec d'autres à cause de ma déglutition								
	Je suis honteux(se) de mon problème de déglutition								
E	Je me sens handicapé(e) à cause de mes difficultés pour avaler								

J : jamais (0) ; PJ : presque jamais (1) ; P : parfois (2) ; PT : presque toujours (3) ; T : toujours (4)

Domaine S :...../40 Domaine F :...../40 Domaine E :...../40
Total :...../120

- **EAT-10 (Eating Assessment Tool)** (Belafsky et al., 2008)

Il vise à évaluer les symptômes liés à la dysphagie pour déterminer le degré initial de gravité de cette condition et suivre la réponse du patient au traitement. Il comprend dix questions notées de 0 (aucun problème) à 4 (problème grave), avec un score supérieur à 3 considéré comme anormal. Ce questionnaire a été conçu pour répondre au besoin d'un outil rapide et facile à utiliser, pouvant être administré lors de chaque consultation médicale des patients atteints de dysphagie (Belafsky et al., 2008). Il démontre une bonne fiabilité interne et une bonne reproductibilité, avec une sensibilité de 89% et une spécificité de 82% (Baijens et al., 2016).

EAT-10: Outil d'évaluation de la déglutition



NOM DE FAMILLE	PRÉNOM	SEXE	ÂGE	DATE
----------------	--------	------	-----	------

OBJECTIF :

EAT-10 aide à évaluer les difficultés de déglutition.
Nous vous recommandons de vous adresser à votre médecin pour tout traitement de vos symptômes.

A. INSTRUCTIONS :

Répondez à chaque question en indiquant le nombre de points dans les cases.
Dans quelle mesure rencontrez-vous les problèmes suivants ?

1 Mon problème de déglutition m'a fait perdre du poids.

0 = aucun problème
1
2
3
4 = de sérieux problèmes

6 Avaler est douloureux.

0 = aucun problème
1
2
3
4 = de sérieux problèmes

2 Mon problème de déglutition retentit sur ma capacité à prendre mes repas à l'extérieur.

0 = aucun problème
1
2
3
4 = de sérieux problèmes

7 Le plaisir de manger est affecté par mes problèmes de déglutition.

0 = aucun problème
1
2
3
4 = de sérieux problèmes

3 Avaler des liquides me demande un effort supplémentaire.

0 = aucun problème
1
2
3
4 = de sérieux problèmes

8 Lorsque j'avale, des aliments se bloquent dans ma gorge.

0 = aucun problème
1
2
3
4 = de sérieux problèmes

4 Avaler des aliments solides me demande un effort supplémentaire.

0 = aucun problème
1
2
3
4 = de sérieux problèmes

9 Je tousse quand je mange.

0 = aucun problème
1
2
3
4 = de sérieux problèmes

5 Avaler des comprimés me demande un effort supplémentaire.

0 = aucun problème
1
2
3
4 = de sérieux problèmes

10 Cela me stresse d'avaler.

0 = aucun problème
1
2
3
4 = de sérieux problèmes

B. SCORE :

Additionnez le nombre de points et indiquez votre score total dans les cases.

Score total (max. 40 points)

C. LA PROCHAINE ÉTAPE :

Si le score EAT-10 est supérieur ou égal à 3, il est possible que vous ayez des problèmes pour avaler efficacement et en toute sécurité. Nous vous recommandons d'en discuter avec votre médecin.

Référence : La validité et la fiabilité du EAT-10 ont été éprouvées.
Belafsky PC, Mouadeb DA, Rees CJ, Pryor JC, Postma GN, Allen J, Leonard RJ. Validity and Reliability of the Eating Assessment Tool (EAT-10). Annals of Otolaryngology & Laryngology 2008;117(12):919-924.

- **SSQ (Sydney Swallow Questionnaire)** (Wallace et al., 2000)

Cet outil vise à évaluer la sévérité des symptômes de dysphagie, une mesure considérée comme cruciale par les auteurs pour guider les décisions en matière de traitement, évaluer le pronostic et évaluer l'efficacité des soins (Wallace et al., 2000). Ce questionnaire se compose de 17 questions auxquelles le patient répond en marquant une croix sur une échelle visuelle analogique, une ligne horizontale de 100 millimètres sans gradation, allant de l'absence de problème à gauche à l'incapacité totale d'avaler à droite. Un score est attribué en fonction de la distance en millimètres à partir du début de l'échelle. Il a été validé auprès de patients souffrant de dysphagie d'origine neuromyogénique ainsi que de patients atteints de cancers de la cavité orale ou de l'oropharynx (Dwivedi et al., 2010). Les questions explorent divers aspects tels que les dysfonctionnements des mécanismes de déglutition, les difficultés liées à la texture et à la consistance des aliments, l'impact sur la qualité de vie et la durée des repas. Cet outil a été traduit et validé en français (Audag et al., 2019).

Annexe 3 : Consensus des 17 stratégies d'adaptation (De Cotret, 2019)

Les 17 stratégies d'adaptation (S) qui ont fait l'objet d'un consensus (%), regroupées en cinq phases

Phase	Stratégie primaire	Stratégie secondaire
1 : Traduction initiale	S-1.1 : Travailler dans un cadre multidisciplinaire (91%)*	S-1.1.1 : Commandement des deux langues (100%)
		S-1.1.2 : Compréhension du concept (81%)
		S-1.1.3 : Expérience dans les deux cultures (72%)
		n/a.
2 : Examen interne	S-1.2 : Produire au moins deux versions traduites (66%) S-1.3 : Fournir des lignes directrices pour la traduction (63%) S-1.4 : Traduire toutes les composantes du test (63%) n/a.	S-2.1.1 : Back-translation (68%)
		S-2.1.2 : Autres stratégies de révision (65%)
		S-2.2.1 : Autres activités les qualifications (59%)
		S-2.2 : Travailler dans un cadre multidisciplinaire (85%)
3 : Examen externe	S-3.1 : Supervision de l'examen externe (81%) S-3.2 : Travailler dans un cadre multidisciplinaire (53%)**	S-3.1.1 : Interview avec les sujets (56%)
		S-3.1.2 : Autres stratégies d'examen (56%)
		s.o.
s/o. 4 : Tests	s.o.***	s.o.
Supra Phase	S-SP	: Documenter le processus
d'adaptation (53%)		s.o.

Annexe 4 : Grille d'évaluation de la description du Processus d'Adaptation (G-PA) (De Cotret, 2019)

Annexe C : Grille d'évaluation de la description du Processus d'Adaptation (G-PA)

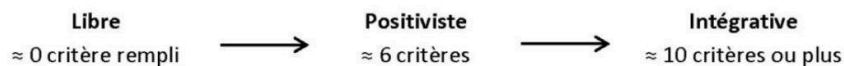
**Grille d'évaluation
de la description du processus d'adaptation (G-PA)**

Phase I – Traduction initiale	
Version originale (VO) → Version(s) traduite(s) (VT)	
1. Plus d'un traducteur forme le groupe de traduction	<input type="checkbox"/>
2. Présence d'au moins un traducteur professionnel / linguiste / terminologue	<input type="checkbox"/>
3. Maîtrise des langues cible et source du/des traducteur(s)	<input type="checkbox"/>
✓ = « De langue maternelle française », « travaille dans les deux langues », etc.	
✱ = « Bilingue », « complètement/vraiment bilingue », etc.	
4. Au moins un traducteur familier avec le construit/concept mesuré par le test	<input type="checkbox"/>
✓ = Un chercheur/clinicien/professionnel du domaine ou quelqu'un qui a reçu des explications à propos du construit/concept mesuré par le test.	
5. Au moins un traducteur familier avec la construction de tests	<input type="checkbox"/>
✓ = Un chercheur / assistant de recherche / psychologue / psychométricien ou, minimalement, quelqu'un familier avec la rédaction d'items.	
✱ = « Professionnel en santé mental », « expert », etc.	
6. Au moins un traducteur ayant l'expérience des cultures cible et source	<input type="checkbox"/>
✓ = Un contact significatif avec les deux cultures (p. ex. il habite là-bas).	
✓ = Un traducteur a l'expérience de la culture cible et un autre, de la culture source.	
✱ = On mentionne uniquement que le traducteur est « biculturel ».	
7. Au moins deux VT ont été produites	<input type="checkbox"/>
8. Consignes de traduction	<input type="checkbox"/>
→ Règles de traduction fournies, informations données sur le lecteur cible, etc.	
9. Traduction de l'intégralité du test	<input type="checkbox"/>
→ Titre, instructions, items, échelles, feuille-réponse, etc.	
N.B. Les neuf critères de la phase I réfèrent à une traduction de la langue source vers la langue cible, non pas à une traduction inversée.	
Phase II – Révision interne de la ou des VT	
10. Plus d'un réviseur forme le comité de révision	<input type="checkbox"/>
11. Présence d'au moins un traducteur professionnel / linguiste / terminologue	<input type="checkbox"/>
12. Au moins un réviseur maîtrise le construit/concept mesuré par le test	<input type="checkbox"/>
✓ = Spécialisé dans le domaine où le construit/concept est utilisé.	
✱ = Ses activités professionnelles ne sont pas liées au construit/concept.	
13. Au moins un réviseur ayant une expertise de la construction de tests	<input type="checkbox"/>
✓ = Auteur de la VO, auteur d'un autre test, psychométricien, etc.	
14. Au moins un réviseur ayant l'expérience des cultures cible et source	<input type="checkbox"/>
15. La traduction inversée est employée en tant qu'encadrement de la révision interne	<input type="checkbox"/>
16. Au moins un type d'encadrement (excluant la traduction inversée) est employé	<input type="checkbox"/>
✓ = La révision des termes techniques de Vallerand (1989), le recours à différents types d'équivalence comme ceux proposés par Jeanrie & Bertrand (1999), l'évaluation des erreurs de traduction (Solano-Flores et al., 2006), etc.	
✱ = Une révision libre, un accord interjuge, le recours à des évaluateurs externes, etc.	

Phase III – Révision externe (avec prétest) de la VT	
17. Mention explicite que le comité de révision a effectué la révision externe	<input type="checkbox"/>
18. Sous-questionnement des sujets à l'oral pendant ou après le prétest ✓ = Probe technique/cognitive interview, débriefing, etc.	<input type="checkbox"/>
19. Les sujets évaluent par écrit la clarté de la VT ✓ = En encerclant les éléments confus, avec des échelles Likert, etc.	<input type="checkbox"/>
20. Focus group	<input type="checkbox"/>
21. Autre type d'encadrement de la révision externe employé : _____	<input type="checkbox"/>
Phase IV – Testing VT → Version adaptée (VA)	
22. Utilisation d'analyses statistiques reconnues pour légitimer la VT	<input type="checkbox"/>
23. Les résultats des analyses statistiques servent à modifier la VT	<input type="checkbox"/>
Supra phase – Documentation du processus	
24. Compte rendu des problèmes de traduction/adaptation ✓ = On mentionne quels éléments ont causé problème et/ou ce qui a été fait pour y pallier. * = On mentionne, par exemple, que trois items ont causé problème, sans les identifier, ou qu'aucun item n'a causé problème lors processus d'adaptation.	<input type="checkbox"/>
25. Disponibilité de la VO et de la VA dans le texte ou lien internet fourni	<input type="checkbox"/>
Nombre de référence(s) liée(s) au processus d'adaptation :	_____ réf.(s)
Nombre de mot(s) de la description : → En excluant le segment de la description portant sur la phase IV, généralement surreprésentatif.	_____ mot(s)
Nombre de mot(s) du complément théorique :	_____ mot(s)
Nombre de critère(s) dichotomique(s) rempli(s) : ____ / 25	

René de Cotret, Leanza & Francoeur (2016)⁹

Interprétation. Le nombre de critère(s) rempli(s) donne une idée générale du type de description (libre, positiviste ou intégrative, cf. René de Cotret, Leanza et Francoeur (2016) pour des explications détaillées), bien qu'un examen attentif soit nécessaire. En effet, il importe de déterminer ce qui est mis de l'avant dans la description pour convaincre le lecteur de la légitimité du processus d'adaptation effectué. Est-ce que la description est laconique, démunie de tels arguments? Met-elle de l'avant essentiellement des données quantitatives? Laisse-t-elle au lecteur le soin de juger de ladite légitimité en lui fournissant un maximum d'informations, aussi bien quantitatives que qualitatives? Encercler le type de description qui correspond le mieux :



Annexe 5 : Version originale du MEOF-II

MEOF-II, Minimal Eating Observation Form-Version II

Bedöm hur han/hon skulle kunna klara äta utan hjälpmedel/assistans/kompensation. En markering i grått område indikerar problem/svårigheter.

OBSERVATION under		
<input type="checkbox"/> Frukost <input type="checkbox"/> Lunch <input type="checkbox"/> Middag <input type="checkbox"/> Mellanmål <input type="checkbox"/> Annat		
MATINTAG		Klarar utan problem
		Ja Nej
A1	Sittställning (sitter normalt/utan stöttning)	0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/>
A2	Manipulation av mat på tallrik (inte spill, inga hjälpmedel, använder båda händerna)	0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/>
A3	Transport av mat till munnen (inget spill, hittar munnen direkt, inga hjälpmedel)	0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/>

SVÄLJNING		Klarar utan problem
		Ja Nej
B1	Manipulation av mat i munnen (tuggar, vanlig konsistens, ansamlar inte)	0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/>
B2	Sväljning (inte hosta, inte extra koncentration, inga/enda små rester kvar i munnen)	0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/>
B3	Finns det svårigheter att tugga mat p.g.a. problem med tänder, mun eller proteser?	0 <input type="checkbox"/> Aldrig 0 <input type="checkbox"/> Sällan 1 <input type="checkbox"/> Någon gång då och då 1 <input type="checkbox"/> Ganska ofta 1 <input type="checkbox"/> Mycket ofta

ENERGI / APTIT		Klarar utan problem
		Ja Nej
C1	Äter mer än 3/4 av serverad portion	0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/>
	1/1 portion (100%)	
	3/4 portion (75%)	1 <input type="checkbox"/>
	1/2 portion (50%)	1 <input type="checkbox"/>
	<1/2 portion (mindre än 50%)	1 <input type="checkbox"/>
C2	Ork (fullföljer en hel måltid utan avtagande/fluktuation i utförandet, slutar endast att äta när han/hon känner sig mätt)	0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/>
C3	Aptiten nu jämfört med tidigare	0 <input type="checkbox"/> Kraftigt ökad 0 <input type="checkbox"/> Ökad 0 <input type="checkbox"/> Normal 1 <input type="checkbox"/> Nedsatt 1 <input type="checkbox"/> Kraftigt nedsatt

© Westergren A. All rights reserved. No part of MEOF-II may be reproduced in any form or by electronic or mechanical means, including information storage and retrieval systems without permission in writing from Westergren A.

Westergren A, Lindholm C, Mattsson A, Ulander K (2009) Minimal Eating Observation Form: Reliability and Validity. *The Journal of Nutrition Health and Aging* 13(1):6-12

FÖRKLARINGAR till bedömning av ätande utifrån observation av reguljär måltid

- A1. Sittställning under måltiden För bedömningen JA** gäller att
- personen sitter självständigt samt rör sig fritt och viljemässigt i sittande ställning
- A2. Hantering av mat på tallrik För bedömningen JA** gäller att
- personen använder båda händerna
 - endast enstaka spill utanför tallriken förekommer
 - inga hjälpmedel används (t.ex. pet-erott-kant, speciella bestick)
 - traditionella bestick används (inte sked till kött och potatis)
 - personen finfördelar själv maten/brer smörgås
 - personen tar och ställer ifrån sig glas/kopp själv
- A3. Transport av mat till munnen För bedömningen JA** gäller att
- personen har rörelsefrihet för armar
 - rörelser i armar/bål/huvud samordnas när mat förs till munnen
 - ingen haklapp behövs
 - personen hittar munnen direkt
 - endast enstaka spill förekommer under transport till munnen
 - personen håller själv i glas/kopp/bestick/smörgås
 - ingen anpassning av redskap (t.ex. soppa i mugg, sugrör)
- B1. Hantering av mat i munnen För bedömningen JA** gäller att
- tuggrörelserna består av både vertikala och cirkulära rörelser
 - matens konsistens inte är anpassad
 - maten förflyttas smidigt bakåt i munnen
 - ingen mat finns kvar i munnen efter måltid (kontrollera speciellt utrymmet mellan tänder och kind)
 - samtal under måltiden är möjligt (mellan tuggorna)
- B2. Sväljning För bedömningen JA** gäller att
- det under måltiden endast förekommer enstaka måttliga hostningar som uppfattas som felsväljning
 - sväljningsrörelsen följer smidigt när maten är färdigtuggad
 - ingen paus eller extra koncentration förekommer inför sväljningen
 - efter sväljning är munnen i stort sett tom
- B3. Svårigheter att tugga. För bedömningen SÄLLAN eller ALDRIG** gäller att
- att personen biter av mat (inte delar den på något avvikande sätt, t.ex. delar smörgåsen genom att dra den mellan tänder och händer)
 - att maten inte förloras ur munnen medan han/hon tuggar
- C1. Mängd uppåten mat För bedömningen 1/1 (100%)** gäller att
- personen äter hela portionen och endast lämnar smulor, småbitar kvar
 - det förutsätts att portionen som serveras anpassats till personens behov (mängd och innehåll)
 - ingen artificiell nutrition (enteral eller parenteral) ges p.g.a. otillräckligt matintag.
- C2. Personens ork För bedömningen JA** gäller att
- måltiden inte avbryts för att personen inte orkar fortsätta (endast p.g.a. mättnadskänsla)
- C3. Aptiten nu jämfört med tidigare.**
- Fråga i första hand personen själv; i andra hand, gör en egen skattning.
 - Aptiten nu ska jämföras med hur hans/hennes aptit vanligen är.

MEOF-I utvecklades av Karin Axelsson medan vidareutvecklingen till MEOF-II gjorts av Albert Westergren. © Albert Westergren

Annexe 6 : Consignes de traduction fournies, méthodologie et explications sur l'objectif du mémoire

Recherche de traducteurs : traduction d'un formulaire d'observation des difficultés alimentaires chez les personnes âgées (MEOF-II) dans le cadre d'un mémoire d'orthophonie

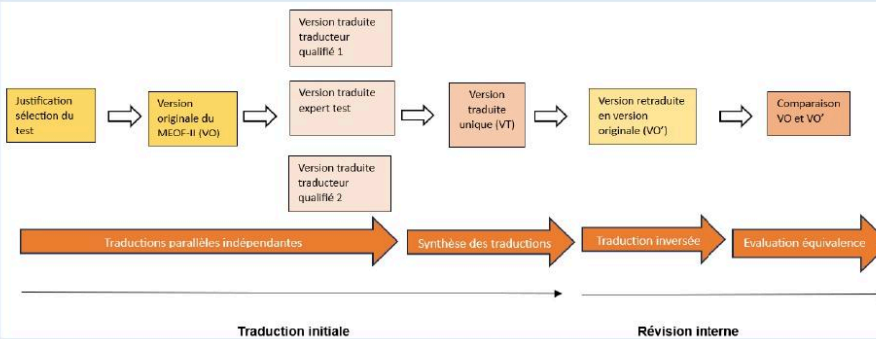
Pauline BIENNASSIS – pauline.biennassis@hotmail.com

OBJET DU MÉMOIRE

Ce projet a pour but de traduire et valider en français le MEOF-II, un outil de dépistage des difficultés alimentaires chez les personnes âgées. En raison de ses composantes, de ses qualités psychométriques ainsi que de sa pertinence pour le public cible, le MEOF-II s'avère être l'outil le plus approprié à traduire pour une utilisation en institution.

La version originale est suédoise, il a été traduit et validé en anglais, danois, chinois mais il n'existe pas de version française. Nous souhaitons alors réaliser une traduction suivant un modèle recommandé par la littérature

MÉTHODE DE TRADUCTION



SÉLECTION DES TRADUCTEURS

Afin de rendre compte des différences linguistiques, culturelles, psychologiques et pour que le test reste le plus fidèle possible au modèle original, nous recruterons deux types de traducteurs :

- Traducteurs qualifiés : ce sont des personnes capables de parler couramment le suédois et le français, avec des connaissances culturelles et des connaissances sur la traduction des tests.
- Experts dans le domaine : ce sont des personnes avec une maîtrise du suédois qui ont des connaissances en dysphagie. La dysphagie se définit comme une difficulté à faire passer les aliments de la bouche vers l'estomac avec des difficultés de protection des voies aériennes (Woisard & Puech, 2011).

Parmi ces traducteurs, un professionnel, linguiste ou terminologue sera requis.

TRADUCTIONS PARALLÈLES INDÉPENDANTES

Pour cette première étape, au moins deux versions traduites devront être réalisées : une traduction par un « traducteur qualifié » et une traduction par une personne « experte du domaine » et ce, de manière indépendante. L'étude des différences entre les versions traduites permettra de soumettre une version unique.

TRADUCTION INVERSÉE

La version unique sera à nouveau traduite dans la langue source (suédois), cette dernière version sera alors comparée à la version originale. L'objectif de cette étape étant de mesurer la qualité de la traduction : la version originale et la version traduite doivent être le plus similaire possible. Cette rétrotraduction sera réalisée par un troisième traducteur n'ayant pas participé aux traductions parallèles.

MODALITÉS

Avant d'entamer toute démarche, nous avons obtenu l'autorisation des auteurs du MEOF-II.

L'intégralité du test sera traduit : le titre, les items, l'échelle ainsi que le guide du MEOF-II. Il pourra apparaître nécessaire au traducteur d'appliquer une méthode d'adaptation et de modifier certains items ou consignes pour que la version traduite reste similaire à la version originale.

- René de Cotret, F. (2019). *Le processus d'adaptation : Une démarche scientifique pour traduire le test psychométrique* [Mémoire doctoral]. <https://doi.org/10.13140/RG.2.2.27639.37289>
- Gana, K., Boudouda, N. E., Ben Youssef, S., Calcagni, N., & Broc, G. (2021). Adaptation transculturelle de tests et échelles de mesure psychologiques : Guide pratique basé sur les Recommandations de la Commission Internationale des Tests et les Standards de pratique du testing de l'APA. *Pratiques Psychologiques*, 27(3), 223-240. <https://doi.org/10.1016/j.prps.2021.02.001>
- Lavie, A. (2021). *Elaboration et faisabilité d'un protocole d'évaluation de la métacognition à destination des patients cérébrésés.* [Mémoire orthophonie]. Université Paul Sabatier

PRÉSENTATION DU MEOF-II

Le MEOF-II (Minimal Eating Observation Form-II) est un outil de dépistage et de recherche des difficultés alimentaires.

Il se concentre principalement sur l'alimentation en tant qu'activité pure (la capacité de manger) et non sur les relations sociales et les expériences valorisées (Klinke et al., 2013).

Les trois composantes sont l'ingestion, la déglutition et l'énergie/l'appétit. Chaque dimension est représentée par trois éléments (Westergren et al., 2009).

Le nombre de difficultés alimentaires peut être compris entre zéro et neuf dans l'échelle totale et entre zéro et trois dans les sous-échelles. Les items servent donc à prévenir les professionnels (infirmières et aides-soignantes principalement) du ou des domaines où la vigilance doit être apportée.

Annexe 7 : Traduction du MEOF-II du 4ème traducteur

Évaluer comment il/elle pourrait arriver à manger sans aide/assistance/compensation. Un marquage dans la zone grise indique des problèmes/difficultés

Observation pendant: Petit-déjeuner - Déjeuner - Dîner - Collation - Autre

LA PRISE DE NOURRITURE

FAIRE FACE SANS PROBLEME

A1 Posture assise (assis normalement/sans soutien)

A2 Manipulation d'aliments dans une assiette (pas de déversement, pas d'aide, utilisation des deux mains)

A3 Transport des aliments jusqu'à la bouche (pas de déversement, trouve la bouche immédiatement, pas d'aide)

AVALER

FAIRE FACE SANS PROBLEME

B1 Manipulation des aliments dans la bouche (mâcher, texture régulière, n'accumule pas)

B2 Ingestion (pas de toux, pas de concentration supplémentaire, pas de petits résidus laissés dans la bouche)

B3 Y a-t-il une difficulté à mâcher la nourriture à cause de problème avec les dents, la bouche ou des prothèses ?

Jamais Rarement Quelquefois Assez souvent Très souvent

ÉNERGIE / APPÉTIT

FAIRE FACE SANS PROBLEME

C1 Mange plus des 3/4 de la portion servie

1/1 portion (100%)

3/4 portion (75%)

1/2 portion (50%)

<1/2 portion (moins de 50%)

C2 Energie (complète un repas complet sans baisse/fluctuation des performances, n'arrête de manger que lorsqu'il se sent rassasié)

C3 L'appétit maintenant par rapport à avant

Fortement augmenté

Augmenté

Normal

Diminué

Grave réduit

Ja : oui Ne: non

EXPLICATIONS pour l'évaluation de l'alimentation
basé sur l'observation des repas réguliers

A1. Position assise pendant le repas. Pour l'évaluation OUI, il s'applique que:

- la personne est assise de manière autonome et se bouge librement et volontairement en position assise

A2. Manipulation des aliments dans une assiette. Pour l'évaluation OUI, il s'applique que:

- la personne utilise ses deux mains
- seuls des déversements occasionnels à l'extérieur de l'assiette se produisent
- aucune aide n'est utilisée (par exemple, couverts spéciaux)
- des couverts traditionnels sont utilisés (pas de cuillères pour la viande et les pommes de terre)
- la personne coupe elle-même la nourriture/fait un sandwich
- la personne prend et pose elle-même le verre/tasse

A3. Transport des aliments jusqu'à la bouche. Pour l'évaluation OUI, il s'applique à ce que:

- la personne a la liberté de mouvement des bras
- les mouvements des bras/tronc/tête sont coordonnés lorsque la nourriture est portée à la bouche
- pas besoin de bavoir
- la personne trouve la bouche immédiatement
- seuls des déversements occasionnels se produisent pendant le transport vers la bouche
- la personne tient elle-même un verre/une tasse/des couverts/un sandwich
- pas d'adaptation des ustensiles (ex : soupe dans un mug, paille)

B1. Manipulation des aliments dans la bouche Pour l'évaluation OUI, il s'applique à ce que

- les mouvements de mastication consistent à la fois en mouvements verticaux et circulaires
- la texture des aliments n'est pas adaptée
- la nourriture est déplacée en douceur vers le fond de la bouche
- aucun aliment ne reste dans la bouche après un repas (vérifiez surtout l'espace entre les dents et la joue)
- la conversation pendant le repas est possible (entre les bouchées)

B2. Avaler Pour l'évaluation OUI, cela s'applique

- il n'y a que des toux modérées occasionnelles pendant le repas qui sont perçues comme des problèmes de déglutition
- le mouvement de déglutition s'effectue en douceur lorsque l'aliment a fini d'être mâché
- aucune pause ni concentration supplémentaire ne se produit avant d'avaler
- après avoir avalé, la bouche est largement vide

B3. Difficulté à mâcher. Pour l'évaluation, on applique RAREMENT ou JAMAIS que

- que la personne morde dans la nourriture (ne la déchire pas de manière inhabituelle, par exemple déchirer le sandwich entre les dents et les mains)
- que la nourriture ne soit pas perdue de la bouche pendant qu'il/elle mâche

C1. Quantité de nourriture consommée. Pour l'évaluation 1/1 (100%) il s'applique que:

- la personne mange la portion entière et ne laisse que des miettes, des petits morceaux
- on suppose que la portion servie a été adaptée aux besoins de la personne (quantité et contenu)
- aucune alimentation artificielle (entérale ou parentérale) n'est administrée car apport alimentaire insuffisant.

C2. Capacité de la personne. Pour l'évaluation OUI, il s'applique que:

- le repas n'est pas interrompu pour une personne qui ne supporte pas de continuer (uniquement en raison d'un sentiment de satiété)

C3. Appétit maintenant par rapport à avant.

- Tout d'abord, interrogez la personne elle-même ; Vous pouvez également faire votre propre estimation.
- L'appétit actuel doit être comparé à son appétit habituel.

Annexe 8 : Evaluation linguistique tirée de l'OMS (2010)

I. Élément de la liste des termes pour l'évaluation linguistique : _____

a. Fournir la traduction de l'élément (à partir du questionnaire traduit de l'OMS) _____

b. Fournir une rétro-traduction de votre traduction _____

II. Parmi les conditions suivantes, lesquelles s'appliquent aux problèmes linguistiques de cet item ?

Veillez cocher toutes les réponses appropriées. Expliquez si nécessaire.

____ 1. L'item a une signification différente dans l'usage local de l'anglais que celle prévue dans la version anglaise de l'OMS.

Veillez expliquer :

____ 2. L'élément est difficile ou impossible à traduire parce qu'il n'y a pas d'équivalent idiomatique dans la langue cible, ou pas de terme équivalent.

____ 3. L'élément traduit a un sens plus étroit que le terme original. Seule une partie des connotations du terme original est reprise dans la langue cible.

____ 4. L'élément, une fois traduit, a un sens plus large que le sens de l'original. Les éléments traduits ont des significations supplémentaires qui modifieraient l'interprétation de l'élément.

____ 5. L'item peut être traduit, mais l'item, la définition ou les exemples utilisés pour l'item posent un problème d'applicabilité culturelle.

Veillez expliquer le problème d'applicabilité culturelle _____

____ 6. Autre problème : _____

Veillez nous faire part de vos suggestions pour surmonter les difficultés rencontrées avec cet article.

Annexe 9 : Tableau comparatif des traductions du MEOF-II

FORMULAIRE D'OBSERVATION MEOF-II						
	Version originale	Version Trad 1	Version Trad 2	Version Trad 3 expert	Choix retenu	Justification
Consigne	Bedöm hur han/hon skulle kunna klara äta utan hjälpmedel/assistans/kompensation.	Évaluez à quel point la personne est capable de manger sans outils spécifiques / assistance / compensation.	Évaluez la capacité de la personne à manger sans aide/assistance/compensation.	.Évaluer la capacité de la personne à manger sans aide, matériel d'assistance ou adaptation du repas	Évaluez la capacité de la personne à manger sans aide (humaine/technique)	Simplification de la phrase
	En markering i grått område indikerar problem/svårigheter.	Une réponse dans la zone grise indique un problème/des difficultés.	Une croix dans un endroit grisé indique des problèmes/difficultés	Marquage dans l'endroit gris indique problème/difficulté.	Une croix dans la zone grise indique un problème/ des difficultés	Utilisation d'un terme précis.
Contexte	OBSERVATION under	OBSERVATION lors du	DES OBSERVATIONS pendant le	Observation pendant	Observation pendant	Majorité
Items contexte	Mellanmål	Goûter	Goûter	Collation	Goûter	Majorité
Item réponse (Parties A,B,C)	Klarar utan problem	Capable sans problème	Y arrive sans problème	Capable sans difficulté	Réussit sans problème	« Réussit » terme plus précis que « capable » qui sous-entend la possibilité d'une situation d'échec

Titre Partie A	MATINTAG	APPORT ALIMENTAIRE	PRISE ALIMENTAIRE	MANGER	Posture et geste alimentaire	D'après les concepts théoriques du MEOF-II, les mesures spécifiques en rapport avec cette dimension concernent l'adaptation des outils et la consultation d'un ergothérapeute si nécessaire (Westergren et al., 2009). Ici, le terme « Posture et gestes alimentaires » semble donc mieux convenir.
Item A1	Sittställning (sitter normalt/utan stötning)	Position assise (position normale / sans support)	Position assise (assis normalement/sans support)	Position assise (peut rester assis en position normale sans aide ou matériel d'assistance).	Position assise (s'assoit normalement/ sans aide humaine/technique)	Avis du quatrième traducteur : « ici, c'est le fait de s'asseoir, normalement ou avec un besoin d'aide (humaine ou matérielle). » Comparaison avec les versions anglaise et chinoise également.
Item A2	Manipulation av mat på tallrik (inte spill, inga hjälpmedel, använder båda händerna)	Manipulation des aliments dans l'assiette (sans gaspillage, sans outils spécifiques, utilisation des deux mains)	Manipulation de la nourriture dans l'assiette (sans répandre, renverser, sans aide, utilise les deux mains)	Capacité à gérer seul le repas de manière autonome (sans perte/tâche, sans matériel d'assistance ou aide, en utilisant les deux mains normalement).	Capacité à gérer seul le repas (sans répandre/ renverser, sans aide, utilise les deux mains)	Apport de précision en accord avec les éléments du guide : on cherche à voir si le patient est autonome

Item A3	Transport av mat till munnen (inget spill, hittar munnen direkt, inga hjälpmedel)	Acheminement des aliments jusqu'à la bouche (sans gaspillage, la bouche est trouvée tout de suite, sans outils spécifiques)	Transport de la nourriture à la bouche (sans faire tomber, trouve la bouche de suite, sans aide)	Transfert de nourriture vers la bouche (sans perte, trouve la bouche au premier essai, sans matériel d'assistance).	Transport des aliments et boissons à la bouche (sans renverser/ faire tomber, trouve facilement la bouche, n'utilise pas d'aides techniques)	Terme « transport » plus adapté. Ajout de la notion de boisson pour lever une ambiguïté. Dans la version anglaise, ajout de cette notion dans le guide.
Titre Partie B	SVÄLJNING	DÉGLUTITION			MASTICATION ET DÉGLUTITION	D'après Westergren et al. (2024) la composante déglutition du MEOF-II mesurerait des aspects plus larges de la « déglutition », comme la capacité à gérer les aliments dans la bouche, à avaler et à mâcher.
Item B1	Manipulation av mat i munnen (tuggar, vanlig konsistens, ansamlar inte)	Manipulation des aliments dans la bouche (mastication, texture normale, pas d'accumulation)	Manipulation de la nourriture dans la bouche (mâche, consistance normale, sans accumuler)	Capacité à gérer la nourriture dans la bouche (mastication, sans rétention de nourriture)	Gestion des aliments dans la bouche (mâche, pas d'accumulation des aliments dans la bouche)	« Gestion » terme plus adapté. En accord avec le traducteur expert, suppression de la notion de consistance qui semble difficile à vérifier en pratique clinique.

Item B2	Sväljning (inte hosta, inte extra koncentration, inga/enda små rester kvar i munnen)	Déglutition (absence de toux, sans concentration supplémentaire, pas / peu de petits restes)	Déglutition (sans tousser, sans concentration supplémentaire, pas de/seulement quelques restes)	Capacité à avaler (sans toux, aucun résidu après avoir avalé)	Déglutition (absence de toux, n'a pas besoin de concentration supplémentaire, n'a pas ou peu de résidus dans la bouche après avoir avalé)	Formulation syntaxique plus claire et compréhensible pour le lecteur.
Item B3	Finns det svårigheter att tugga mat p.g.a. problem med tänder, mun eller proteser?	Est-ce qu'il y a des difficultés de mastiquer les aliments à cause des problèmes dentaires, de bouche ou de prothèse ?	Y-a-t-il des difficultés à mâcher la nourriture dues à des problèmes liés aux dents, la bouche ou des prothèses ?	Existe-t-il des difficultés de mastiquer à cause de problèmes dentaires, prothèses dentaires amovibles, déficits de la motricité de la bouche ou de la gorge ?	Y a-t-il des difficultés à mastiquer causées par des problèmes bucco-dentaires ou des prothèses ?	Allègement de la formulation syntaxique.
Item réponse B3	Någon gång då och då	Parfois	Quelques fois de temps en temps	Parfois	Parfois	Majorité
Titre Partie C	ENERGI / APTIT	ENERGIE / APPETIT	ENERGIE/APPETIT	PERSEVERANCE/ APPETIT	PERFORMANCE / APPÉTIT	Terme de « Performance » plus adapté. Un article récent définit le MEOF-II comme un instrument de mesure des résultats basés sur la performance, on parle même de PerFOM pour évoquer ces outils (Hansen et al., 2023)

Item C1	Äter mer än 3/4 av serverad portion	Plus que 3/4 de la portion servie est finie	Mange plus de ¾ de la portion	Mange plus de 75% du repas servi	Mange plus des ¾ du repas	Terme « repas » préférable car en Suède il n'y a pas d'entrée/plat/dessert comme en France.
Item C2	Ork (fullföljer en hel måltid utan avtagande/fluktuation i utförandet, slutar endast att äta när han/hon känner sig mätt)	Énergie (la personne finit un repas entier sans ralentissement / fluctuation d'exécution, et arrête de manger seulement quand elle est rassasiée)	Energie (finit un repas entier sans ralentissement/fluctuations dans la performance, la personne n'arrête de manger que lorsqu'elle est repue)	Persévérance (termine son repas sans hésitation ou pause, arrête que quand il est rassasié)	Performance sur tout un repas sans baisse/sans fluctuation, arrête que lorsqu'elle est rassasiée	Terme performance plus adapté, en lien avec le titre de l'item. Simplification de la formulation syntaxique.
Item C3	Aptiten nu jämfört med tidigare	Appétit du jour par rapport à avant	L'appétit actuellement comparé à avant	Appétit actuel comparé à avant	Appétit actuel comparé à avant	Majorité
Item réponse C3	<ul style="list-style-type: none"> - Kraftigt ökad - Ökad - Normal - Nedsatt - Kraftigt nedsatt 	<ul style="list-style-type: none"> - Beaucoup plus fort - Plus fort - Normal - Diminué - Très diminué 	<ul style="list-style-type: none"> - Forte augmentation - Augmentation - Normal - Perte - Forte perte 	<ul style="list-style-type: none"> - Très augmenté - Augmenté - Normal (inchangé) - Diminué - Très diminué 	<ul style="list-style-type: none"> - Très augmenté - Augmenté - Identique - Diminué - Très diminué 	Terme « identique » plus adapté en français pour souligner la notion de comparaison/similarité Simplification des formulations.
Copyright du formulaire	Version suédoise	© Westergren A. Öll réttindi áskilin. Öll afritun af MEOF-II er óheimil í hvaða formi sem er, rafrænt eða vélrænt, að meðtöldum upplýsingagrunnum, rafrænum gagnasöfnum og viðeigandi netleitarvélum án skriflegs leyfis frá Westergren A. Westergren A, Lindholm C, Mattsson A, Ulander K (2009) Minimal Eating Observation Form: Reliability and Validity. The Journal of Nutrition Health and Aging 13(1):6-12				
	Version française	© WESTERGREN A. Tous droits réservés. Le MEOF-II ne peut être reproduit, partiellement ou entièrement, sous forme électronique ou mécanique (y compris par des systèmes de sauvegarde et recherche d'information) sans l'autorisation écrite de A. WESTERGREN. WESTERGREN A, LINDHOLM C, MATTSON A, ULANDER K (2009) Minimal Eating Observation Form: Reliability and Validity. The Journal of Nutrition Health and Aging 13(1):6-12				Uniquement traduit par la traductrice 2

GUIDE DU MEOF-II						
	Version originale	Version Trad 1	Version Trad 2	Version expert	Choix retenu	Justification
Titre	FÖRKLARINGAR till bedömning av ätande utifrån observation av reguljär måltid	NOTICE pour l'évaluation de l'alimentation sur base d'observation d'un repas ordinaire	Explication pour pouvoir évaluer la prise alimentaire à partir d'observations pendant un repas ordinaire	Explication pour évaluer la capacité à manger pendant un repas ordinaire	Explications pour l'évaluation de la prise alimentaire basée sur l'observation d'un repas ordinaire	Le terme « prise alimentaire » est le plus adapté.
Consigne A1 à B2 + C2	För bedömningen JA gäller att	Pour la réponse OUI, ceci est exigé :	Pour valider la réponse OUI, il est impératif que	Pour l'évaluation OUI, est exigé :	Pour la réponse oui, il est exigé que :	Majorité
Titre A1	Sittställning under måltiden	Position assise pendant le repas				
Item A1	personen sitter självständigt samt rör sig fritt och viljemässigt i sittande ställning	la personne se tient sans assistance et bouge librement, en autonomie, en position assise.	la personne reste assise par ses propres moyens et peut bouger de manière libre et volontaire dans cette position	que la personne soit assise sans aide et qu'elle puisse bouger dans une manière libre	la personne s'assoie de manière autonome et bouge librement et volontairement en position assise	Simplification de la formulation.
Titre A2	Hantering av mat på tallrik	Manipulation des aliments dans l'assiette	Manipulation de la nourriture dans l'assiette	Gérer le repas dans l'assiette	Gestion des aliments dans l'assiette	Même correction que dans l'échelle.
Item A2	personen använder båda händerna	la personne utilise les deux mains				

endast enstaka spill utanför tallriken förekommer	il n'y a que très peu de gaspillage en dehors de l'assiette ;	seulement un peu de nourriture se retrouve en dehors de l'assiette	qu'il y ait seulement quelques pertes minimales à l'extérieur de l'assiette	seulement peu de nourriture se retrouve en dehors de l'assiette	Simplification de la formulation.
inga hjälpmedel används (t.ex. pet-emot-kant, speciella bestick)	aucune aide spécifique n'est utilisée (appui des aliments contre le rebord de l'assiette, couverts spécifiques...)	aucune aide est utilisée (par exemple pousser vers le bord, des couverts spéciaux)	qu'aucune aide ne soit utilisée (pousser vers le rebord de l'assiette, couverts adaptés)	aucune aide technique ne soit utilisée (par exemple rebords d'assiette, couverts adaptés)	Précision du terme « aide » par « aide technique ».
traditionella bestick används (inte sked till kött och potatis)	utilisation des couverts traditionnels (pas de cuillère pour la viande ou les pommes de terres)	des couverts traditionnels sont utilisés (pas de cuillère pour la viande et les pommes de terre)	que des couverts traditionnels soient utilisés (pas de cuillère pour bifteck et pommes de terre)	des couverts traditionnels soient utilisés (pas de cuillère pour la viande et les légumes)	Adaptation des termes à la culture alimentaire française.
personen finfördelar själv maten/brer smörgås	la personne découpe seule les aliments / tartine seule le pain	la personne découpe la nourriture/beurre sa tartine elle-même	que la personne elle-même coupe la nourriture en petits morceaux/prépare son sandwich	la personne puisse elle-même découper au couteau et piquer à la fourchette les aliments	Terme « coupe » plus adapté en français. Avis du quatrième traducteur. Ajout de la notion de « piquer » pour s'adapter à la culture alimentaire française.

	personen tar och ställer ifrån sig glas/kopp själv	la personne attrape et pose seule son verre / sa tasse	la personne prend et repose sa tasse/son verre elle-même	que la personne prenne et retourne elle-même son verre/tasse	la personne prenne et repose son verre/sa tasse/son bol elle-même	Simplification de la formulation et ajout du « bol » pour s'adapter à la culture française
Titre A3	Transport av mat till munnen	Acheminement des aliments jusqu'à la bouche	Transport de la nourriture à la bouche	Transfert de la nourriture vers la bouche	Transport d'aliments et de boissons à la bouche	Ajout de la notion de boisson comme dans l'échelle.
Item A3	personen har rörelsefrihet för armar	la personne bouge les bras librement	la personne peut bouger ses bras librement	que la personne puisse bouger les deux bras en toute liberté	la personne puisse bouger ses bras	Simplification
	rörelser i armar/bål/huvud samordnas när mat förs till munnen	le mouvement bras / torse / tête est coordonné lors de l'acheminement des aliments vers la bouche	les mouvements des bras/buste/tête sont coordonnés lorsque la nourriture est amenée à la bouche	que les mouvements des bras, torse et tête soient bien coordonnés en mangeant	les mouvements des bras/du tronc/de la tête soient coordonnés lorsque les aliments/la boisson est transportée à la bouche	Terme « tronc » plus adapté à ceux de « torse » et « buste ».
	ingen haklapp behövs	pas besoin de bavoir	il n'y a pas besoin de bavoir	qu'aucun bavoir ne soit nécessaire	qu'aucune serviette adaptée ne soit nécessaire	Terme « serviette adaptée » utilisé dans le vocabulaire français.
	personen hittar munnen direkt	la personne trouve la bouche tout de suite	la personne trouve la bouche de suite	que la personne trouve la bouche tout de suite	la personne trouve directement la bouche	« Directement » terme plus adapté car ce n'est pas une question de temporalité mais plutôt d'orientation du geste.

	endast enstaka spill förekommer under transport till munnen	il n'y a que très peu de gaspillage lors de l'acheminement vers la bouche	pas plus d'un peu de nourriture tombe pendant le transport vers la bouche	que seulement quelques pertes ou taches minimales apparaissent pendant le transfert vers la bouche	seulement peu de nourriture tombe lors du transport vers la bouche	Simplification de la formulation.
	personen håller själv i glas/kopp/bestick/smörgås	la personne tient seule son verre / sa tasse / ses couverts / son pain ;	la personne tient elle-même le verre/tasse/couvert/tartine	que la personne elle-même tienne son verre/tasse/couvert/sandwich	la personne elle-même tienne son verre/ sa tasse/ ses couverts/ son pain	Terme « pain » plus adapté car ce ne sont pas toujours des tartines.
	ingen anpassning av redskap (t.ex. soppa i mugg, sugrör)	pas d'adaptation des outils (soupe dans une tasse, des pailles...).	il n'y a pas d'adaptation avec des outils (par exemple de la soupe dans une tasse, une paille)	qu'aucune adaptation des outils ne soit nécessaire (par exemple couverts ou tasses adaptés, pailles).	qu'aucune adaptation ne soit nécessaire (par exemple : transvaser une soupe dans une tasse ou utiliser une paille)	Emploi de verbes pour imaginer le concept, de telle sorte que ce soit parlant pour le lecteur.
Titre B1	Hantering av mat i munnen	Manipulation des aliments dans la bouche	Manipulation de la nourriture dans la bouche	Gérer la nourriture dans la bouche	Gestion des aliments dans la bouche	Même correction que dans l'échelle.
Item B1	tuggrörelserna består av både vertikala och cirkulära rörelser	la mastication consiste de mouvements verticaux ET circulaires	la mâchoire effectue des mouvements verticaux et horizontaux	Que les mouvements de mastication soient verticaux et circulaires	les mouvements de mastication soient à la fois verticaux et circulaires	Ajout de « à la fois » pour accentuer la notion des deux.
	matens konsistens inte är anpassad	la texture des aliments n'a pas été adaptée	la consistance de la nourriture n'a pas été adaptée	que la consistance de la nourriture ne soit pas adaptée (normale)	la consistance des aliments ne soit pas modifiée	Terme « modifiée » plus adapté en français.

	maten förflyttas smidigt bakåt i munnen	les aliments sont facilement acheminés vers le fond de la bouche ;	la nourriture peut être déplacée de manière fluide vers le fond de la bouche	que la nourriture passe facilement à l'arrière dans la bouche	les aliments soient facilement transportés à l'arrière de la bouche	Terme « transportés » plus adapté.
	ingen mat finns kvar i munnen efter måltid (kontrollera speciellt utrymmet mellan tänder och kind)	il ne reste pas d'aliments dans la bouche après le repas (bien contrôler l'espace entre les dents et les joues)	il n'y a pas de restes dans la bouche après le repas (contrôlez plus particulièrement l'espace entre la joue et les dents)	qu'il n'y ait aucun résidu de nourriture après le repas (contrôler l'espace entre les dents et la joue)	aucun aliment ne reste dans la bouche après le repas (contrôler en particulier l'espace entre les dents et les joues)	Vérification auprès de la quatrième traduction.
	samtal under måltiden är möjligt (mellan tuggorna)	il est possible de discuter lors du repas (entre les bouchées).	il est possible de maintenir une conversation pendant le repas (entre les bouchées)	qu'une conversation pendant le repas soit possible (entre les bouchées)	la conversation entre les bouchées soit possible	Simplification de la formulation.
Titre B2	DÉGLUTITION					
Item B2	det under måltiden endast förekommer enstaka måttliga hostningar som uppfattas som felsväljning	lors du repas, la personne ne tousse que rarement et de manière raisonnable à cause d'une mauvaise déglutition	il n'y a qu'une toux modérée pendant le repas pouvant témoigner d'une fausse route	que pendant le repas, de la toux seulement exceptionnellement soit notée (comme signe de fausse route)	il n'y ait pas ou exceptionnellement de toux pouvant être perçues comme signe de fausse route	Simplification de formulation.
	sväljningsrörelsen följer smidigt när maten är färdigtuggad	le mouvement de déglutition suit de manière fluide une fois la mastication finie	le mouvement de déglutition suit de manière fluide lorsque la nourriture a été mâchée	que la mastication soit suivie par des mouvements de déglutition avec souplesse	le mouvement de la déglutition se déclenche juste après la mastication	Utilisation de la voix active pour faciliter la compréhension de l'item.

	ingen paus eller extra koncentration förekommer inför sväljningen	il n'y a pas de pause ou de concentration supplémentaire avant la déglutition		qu'il n'y ait aucune pause ou effort important avant la déglutition	aucune pause ou concentration supplémentaire ne se produise avant d'avaler	Simplification de l'item et vérification auprès du quatrième traducteur. « Avaler » terme moins technique que « déglutition ».
	efter sväljning är munnen i stort sett tom	la bouche est quasiment vide après la déglutition.	la bouche est pratiquement vide après la déglutition	qu'après la déglutition, la bouche soit principalement vide	après avoir avalé, la bouche soit pratiquement vide	« Avalé » terme moins technique.
Titre B3	Svårigheter att tugga.	Difficultés de mastication	Difficultés à mâcher	Difficultés à mastiquer	Difficultés de mastication	Majorité
Consigne B3	För bedömningen SÄLLAN eller ALDRIG gäller att	Pour la réponse RAREMENT ou JAMAIS, ceci est exigé	Pour valider la réponse RAREMENT ou JAMAIS, il est impératif que	Pour l'évaluation JAMAIS ou TRÈS PEU, est exigé	Pour la réponse RAREMENT ou JAMAIS, il est exigé que	Majorité
Item B3	att personen biter av mat (inte delar den på något avvikande sätt, t.ex. delar smörgåsen genom att dra den mellan tänder och händer)	la personne découpe les aliments avec les dents normalement (plutôt que de les couper de manière anormale, par exemple en tirant le pain entre les dents et les mains)	la personne prend un morceau de nourriture en mordant dedans (pas qu'elle la partage d'une manière peu courant, par exemple couper la tartine en la tirant entre les dents et les mains)	que la personne puisse arracher la nourriture d'un coup de dents (qu'elle ne coupe pas d'une manière anormale comme déchirer entre les dents et les mains)	la personne prenne un morceau avec les dents (elle n'utilise pas ses mains pour déchirer un aliment)	Allègement de l'item.

	att maten inte förloras ur munnen medan han/hon tuggar	les aliments ne tombent pas de la bouche lors de la mastication	la nourriture ne tombe pas de la bouche pendant que la personne mâche	qu'il n'y ait pas de perte de nourriture par la bouche pendant le déglutition	les aliments ne tombent pas de la bouche lors de la mastication	Simplification de formulation.
Titre C1	Mängd uppäten mat	La quantité finie	Quantité de nourriture mangée	Quantité de nourriture consommée	Quantité de nourriture consommée	Avis du quatrième traducteur.
Item C1	personen äter hela portionen och endast lämnar smulor, småbitar kvar	la personne finit la portion entière et ne laisse que des miettes ou de petits morceaux	la personne mange toute sa portion et ne laisse que des miettes, des petits morceaux	que la personne mange principalement le repas en entier et laisse seulement des morceaux minuscules	la personne mange tout le repas ou ne laisse que quelques petits morceaux de nourriture	Même correction que dans le formulaire (on remplace portion par repas).
	det förutsätts att portionen som serveras anpassats till personens behov (mängd och innehåll)	la portion servie doit être adaptée aux besoins de la personne (quantité et contenu)	il est entendu que la portion servie est adaptée aux besoins de la personne (quantité et contenu)	que la portion servie soit adaptée au besoin de la personne (quantité et contenu)	le repas servi soit adapté aux besoins de la personne en quantité et en contenu	Suppression des parenthèses pour faciliter la compréhension de l'item.
	ingen artificiell nutrition (enteral eller parenteral) ges p.g.a. otillräckligt matintag.	aucune nutrition artificielle (entérale ou parentérale) n'est administrée à cause d'une alimentation insuffisante	aucune alimentation artificielle est donnée (par voie entérale ou parentérale) à cause d'une prise alimentaire insuffisante	qu'aucune nutrition artificielle ne soit en cours (entérale ou parentérale)	aucune nutrition artificielle ne soit en cours (entérale ou parentérale) en raison d'une consommation alimentaire insuffisante	Simplification de formulation.
Titre C2	Personens ork	L'énergie de la personne		Persévérance	Performance de la personne	Même correction que dans le formulaire

Item C2	måltiden inte avbryts för att personen inte orkar fortsätta (endast p.g.a. mättnadskänsla)	le repas ne doit pas être interrompu parce que la personne manque d'énergie (uniquement pour des raisons de satiété)	le repas n'est pas interrompu à cause de la fatigue de la personne (seulement si la personne est repue)	que le repas ne soit pas interrompu à cause de manque de force (seulement quand elle est satisfaite)	le repas soit interrompu seulement si la personne n'a plus faim (et non pas par la fatigue ou un manque de force)	Utilisation de l'affirmation en première intention de l'item pour faciliter sa compréhension
Titre C3	Aptiten nu jämfört med tidigare.	L'appétit du jour par rapport à avant	L'appétit actuellement comparé à auparavant	Appétit en comparaison avec auparavant	L'appétit actuel comparé à avant	Simplification de la formulation.
Item C3	Fråga i första hand personen själv; i andra hand, gör en egen skattning.	Posez d'abord la question à la personne, avant d'effectuer votre propre évaluation.	Premièrement, demander à la personne, ensuite faire votre évaluation.	Premièrement, demander à la personne elle-même, secondairement faites une propre évaluation	Demandez d'abord à la personne elle-même et si besoin faites votre propre estimation.	« Estimation » terme plus adapté (en accord avec le quatrième traduction). Simplification de la formulation.
	Aptiten nu ska jämföras med hur hans/hennes aptit vanligen är.	L'appétit du jour doit être comparé à l'appétit habituel de la personne	L'appétit maintenant est à comparer avec l'appétit habituel de la personne	L'appétit doit être comparé avec l'appétit habituel de la personne	L'appétit actuel doit être comparé à son appétit habituel	Simplification de la formulation.
Copyright du guide	MEOF-I utvecklades av Karin Axelsson medan vidareutvecklingen till MEOF-II gjorts av Albert Westergren. © Albert Westergren	MEOF-I a été développé par Karin AXELSSON, et perfectionné sous forme de MEOF-II par Albert Westergren. © Albert Westergren	MEOF-I a été élaboré par Karin Axelsson pendant que l'évolution vers le MEOF-II a été effectuée par Albert Westergren. © Albert Westergren	/	MEOF-I a été développé par Karin AXELSSON et adapté sous forme de MEOF-II par Albert Westergren. © Albert Westergren	

Annexe 10 : Rétro-translation de la version française traduite du MEOF-II

MEOF-II, Minimal Eating Observation Form-Version II

Bed m personens förmåga att  ta på egen hand (utan hjälp av någon annan/teknisk hjälp).

Kryss i den gråtonade zonen anger att det finns problem/svårigheter.

OBSERVATION under		<input type="checkbox"/> Frukost	<input type="checkbox"/> Lunch	<input type="checkbox"/> Kv�llsm	<input type="checkbox"/> Mellanm	<input type="checkbox"/> Annat
HÅLLNING OCH HANTERING AV MATEN						Klarar utan problem
A1	Sittande ställning (sätter sig normalt, utan hjälp av någon annan/teknisk hjälp)	Ja	Nej			
A2	Förmåga att hantera måltiden på egen hand (utan att spilla/hålla ut, utan hjälp av någon annan/teknisk hjälp, använder båda händerna)	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>			
A3	Föra mat och dryck till munnen (utan att hålla ut/spilla, hittar lätt munnen, använder ingen teknisk hjälp)	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>			
TUGGA OCH SVÄLJA						Klarar utan problem
						Ja Nej
B1	Hantering av maten i munnen (tuggar, ingen mat samlas i munnen)	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>			
B2	Sväljning (ingen hosta, måste inte koncentrera sig ytterligare, har inga eller få matrester kvar i munnen efter att ha svält)	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>			
B3	�r det svårt att tugga p.g.a. mun-/tandproblem eller proteser?	0 <input type="checkbox"/> Aldrig	0 <input type="checkbox"/> Sällan	1 <input type="checkbox"/> Ibland	1 <input type="checkbox"/> Ganska ofta	1 <input type="checkbox"/> V�ldigt ofta
PRESTATION OCH APTIT						Klarar utan problem
						Ja Nej
C1	�ter mer än 3/4 av måltiden	1/1 portion (100 %)	3/4 portion (75 %)	1/2 portion (50 %)	<1/2 portion (mindre än 50 %)	0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/>
C2	Prestation för hela måltiden utan sänkt/varierande takt, slutar när hen är m�tt	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>			
C3	Aptit i nuläget jämfört med tidigare	0 <input type="checkbox"/> Kraftigt ökad	0 <input type="checkbox"/> �kad	0 <input type="checkbox"/> Densamma	1 <input type="checkbox"/> Minskad	1 <input type="checkbox"/> Kraftigt minskad

  WESTERGREN A. Alla rättigheter f rbeh lls. Le MEOF-II f r inte reproduceras, helt eller delvis, i elektronisk eller mekanisk form (inklusive genom system för säkerhetskopiering och informationssökning) utan skriftligt medgivande från A. WESTERGREN.
WESTERGREN A, LINDHOLM C, MATTSON A, ULANDER K (2009) Minimal Eating Observation Form: Reliability and Validity. *The Journal of Nutrition Health and Aging* 13(1):6-12

FÖRKLARINGAR för bedömning av matintaget, utifrån observationer kring en vanlig måltid

- A1. Sittande ställning under måltiden.** För svar JA, krävs det att:
- personen sätter sig på egen hand och rör sig fritt och frivilligt i sittande ställning
- A2. Hantering av maten på tallriken.** För svar JA, krävs det att:
- personen använder båda händerna
 - endast lite mat hamnar utanför tallriken
 - inga teknisk hjälp används (t.ex. tallrikskanterna, anpassade bestick)
 - vanliga bestick används (ingen sked för kött och grönsaker)
 - personen kan själv skära med kniv och plocka upp maten med gaffeln
 - personen lyfter själv upp och ställer tillbaka sitt glas/sin kopp/sin skål
- A3. Föra mat och dryck till munnen.** För svar JA, krävs det att:
- personen kan röra armarna
 - armarnas/kroppens/huvudets rörelser är samordnade när maten/drycken förs till munnen
 - att det inte behövs någon anpassad servett/hakklapp
 - personen hittar munnen direkt
 - endast lite mat trillar av medan den förs till munnen
 - personen själv håller sitt glas/sin kopp/sina bestick/sitt bröd
 - att det inte behövs någon anpassning (t.ex. att soppa hålls upp i en kopp eller användning av sugrör)
- B1. Hantering av maten i munnen.** För svar JA, krävs det att:
- tuggörelserna är både vertikala och cirkulära
 - matens konsistens inte har modifierats
 - maten förs enkelt till den bakre delen av munnen
 - ingen mat är kvar i munnen efter måltiden (kontrollera särskilt mellanrummen mellan tänderna och kinderna)
 - det går att prata mellan tuggorna
- B2. Tugga och svälja.** För svar ja, krävs det att:
- det inte, eller endast undantagsvis, förekommer hosta som kan uppfattas som tecken på att personen sätter i halsen
 - sväljreflexen utlöses direkt efter tuggandet
 - ingen paus eller ytterligare koncentration uppstår innan personen ska svälja
 - efter sväljning ska munnen vara i stort sett tom
- B3. Svårigheter att tugga.** För svar SÄLLAN eller ALDRIG, krävs det att:
- personen tar en bit med tänderna (använder inte händerna för att dela upp en matbit)
 - maten inte trillar ut ur munnen när personen tuggar
- C1. Mängd mat som äts.** För svar 1/1 (100 %), krävs det att:
- personen äter upp hela måltiden och bara lämnar obefintliga rester
 - den serverade måltiden är anpassad efter personens behov avseende mängd och innehåll
 - ingen artificiell näringstillförsel pågår (enteral eller parenteral) på grund av otillräckligt födointag
- C2. Personens prestation.** För svar JA, krävs det att:
- måltiden bara avbryts om personen inte är hungrig längre (och inte p.g.a. trötthet eller bristande ork)
- C3. Aptit i nuläget jämfört med tidigare.**
- Börja med att fråga personen själv och gör en egen bedömning vid behov.
 - Aptiten i nuläget ska jämföras med personens vanliga aptit.
-

Annexe 11 : Version adaptée (pré-traduite) du MEOF-II en français

MEOF-II, Minimal Eating Observation Form-Version II

Évaluez la capacité de la personne à manger sans aide (humaine/technique). Une croix dans la zone grise indique un problème/des difficultés.

OBSERVATION pendant			
<input type="checkbox"/> Petit-déjeuner <input type="checkbox"/> Déjeuner <input type="checkbox"/> Dîner <input type="checkbox"/> Goûter <input type="checkbox"/> Autre			
POSTURE ET GESTE ALIMENTAIRE			Réussit sans problème
			Oui Non
A1	Position assise (s'assoit normalement, sans aide humaine/technique)	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>
A2	Capacité à gérer seul le repas (sans répandre/renverser, sans aide humaine/technique, utilise les deux mains)	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>
A3	Transport des aliments et boissons à la bouche (sans renverser/faire tomber, trouve facilement la bouche, n'utilise pas d'aide technique)	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>
MASTICATION ET DÉGLUTITION			Réussit sans problème
			Oui Non
B1	Gestion des aliments dans la bouche (mâche, pas d'accumulation des aliments dans la bouche)	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>
B2	Déglutition (absence de toux, n'a pas besoin de concentration supplémentaire, n'a pas ou peu de résidus dans la bouche après avoir avalé)	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>
B3	Y a-t-il des difficultés à mastiquer causées par des problèmes bucco-dentaires ou de prothèses ?	0 <input type="checkbox"/> Jamais 0 <input type="checkbox"/> Rarement 1 <input type="checkbox"/> Parfois 1 <input type="checkbox"/> Assez souvent 1 <input type="checkbox"/> Très souvent	1 <input type="checkbox"/> Très souvent
PERFORMANCE ET APPÉTIT			Réussit sans problème
			Oui Non
C1	Mange plus des 3/4 du repas	1/1 repas (100%) 3/4 repas (75%) 1/2 repas (50%) <1/2 repas (moins de 50%)	0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/>
C2	Performance sur tout un repas sans baisse/sans fluctuation, arrête que lorsqu'elle est rassasiée		0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/>
C3	Appétit actuel comparé à avant	0 <input type="checkbox"/> Très augmenté 0 <input type="checkbox"/> Augmenté 0 <input type="checkbox"/> Identique 1 <input type="checkbox"/> Diminué 1 <input type="checkbox"/> Très diminué	1 <input type="checkbox"/> Très diminué

© WESTERGREN A. Tous droits réservés. Le MEOF-II ne peut être reproduit, partiellement ou entièrement, sous forme électronique ou mécanique (y compris par des systèmes de sauvegarde et recherche d'information) sans l'autorisation écrite de A. WESTERGREN.
WESTERGREN A, LINDHOLM C, MATTSON A, ULANDER K (2009) Minimal Eating Observation Form: Reliability and Validity. *The Journal of Nutrition Health and Aging* 13(1):6-12

EXPLICATIONS pour l'évaluation de la prise alimentaire basée sur l'observation d'un repas ordinaire

- A1. Position assise pendant le repas.** *Pour la réponse OUI, il est exigé que :*
- la personne s'assoie de manière autonome et bouge librement et volontairement en position assise
- A2. Gestion des aliments dans l'assiette.** *Pour la réponse OUI, il est exigé que :*
- la personne utilise les deux mains
 - seulement peu de nourriture se retrouve en dehors de l'assiette
 - aucune aide technique ne soit utilisée (par exemple rebords d'assiette, couverts adaptés)
 - des couverts traditionnels soient utilisés (pas de cuillère pour la viande et les légumes)
 - la personne puisse elle-même découper au couteau et piquer à la fourchette les aliments
 - la personne prenne et repose elle-même son verre/sa tasse/son bol
- A3. Transport d'aliments et de boissons à la bouche.** *Pour la réponse OUI, il est exigé que :*
- la personne puisse bouger ses bras
 - les mouvements des bras/du tronc/de la tête soient coordonnés lorsque les aliments/la boisson est transportée à la bouche
 - qu'aucune serviette adaptée ne soit nécessaire
 - la personne trouve directement la bouche
 - seulement peu de nourriture tombe lors du transport vers la bouche
 - la personne elle-même tienne son verre/ sa tasse/ ses couverts/ son pain
 - qu'aucune adaptation ne soit nécessaire (par exemple : transvaser une soupe dans une tasse ou utiliser une paille)
- B1. Gestion des aliments dans la bouche.** *Pour la réponse OUI, il est exigé que :*
- la consistance des aliments ne soit pas modifiée
 - les aliments soient facilement transportés à l'arrière de la bouche
 - aucun aliment ne reste dans la bouche après le repas (contrôler en particulier l'espace entre les dents et les joues)
 - la conversation entre les bouchées soit possible
- B2. Déglutition.** *Pour la réponse oui, il est exigé que :*
- il n'y ait pas ou exceptionnellement de toux pouvant être perçue comme signe de fausse route
 - le mouvement de la déglutition se déclenche juste après la mastication
 - aucune pause ou concentration supplémentaire ne se produise avant d'avaler
 - après avoir avalé, la bouche soit pratiquement vide
- B3. Difficultés de mastication.** *Pour la réponse RAREMENT ou JAMAIS, il est exigé que :*
- les mouvements de mastication soient à la fois verticaux et circulaires
 - la personne prenne un morceau avec les dents (elle n'utilise pas ses mains pour déchirer un aliment)
 - les aliments ne tombent pas de la bouche lors de la mastication
- C1. Quantité de nourriture consommée.** *Pour la réponse 1/1 (100%), il est exigé que :*
- la personne mange tout le repas ou ne laisse que quelques petits morceaux de nourriture
 - le repas servi soit adapté aux besoins de la personne en quantité et en contenu
 - aucune nutrition artificielle ne soit en cours (entérale ou parentérale) en raison d'une consommation alimentaire insuffisante
- C2. Performance de la personne.** *Pour la réponse OUI, il est exigé que :*
- le repas soit interrompu seulement si la personne n'a plus faim (et non pas par la fatigue ou un manque de force)
- C3. L'appétit actuel comparé à avant.**
- Demandez d'abord à la personne elle-même et si besoin faites votre propre estimation.
 - L'appétit actuel doit être comparé à son appétit habituel.

RÉSUMÉ

La dysphagie est fréquente chez les personnes âgées résidant en institution et a un impact significatif sur leur santé globale. Le dépistage en EHPAD est donc essentiel, pourtant il est rarement effectué. Il a pour but d'identifier les résidents à risque et, dans la mesure du possible, de les orienter vers les professionnels de seconde ligne pour une évaluation plus approfondie. Or, la complexité du fonctionnement d'un EHPAD combiné au caractère polypathologique des résidents s'accompagne souvent d'une insuffisance de moyens pour le personnel soignant rendant ainsi le dépistage difficile. A l'heure actuelle, il n'existe pas en français d'outil de dépistage de la dysphagie spécifique à cette population. Dans ce contexte, nous avons donc sélectionné le MEOF-II, un outil pertinent et recommandé dans la littérature pour le dépistage de la dysphagie en EHPAD. Dans ce mémoire, nous avons cherché à adapter le MEOF-II en proposant une méthode de traduction suivant les recommandations. Une fiche informative sur la méthodologie de la traduction et l'objectif de ce mémoire a été fournie aux traducteurs. Un questionnaire a également été créé afin de dresser leur profil et de récolter les difficultés qu'ils ont rencontrées durant leur traduction. La qualité de la méthode de traduction a été validée et la révision interne a permis d'aboutir à une version traduite pré-finale du MEOF-II. Des futurs travaux permettront de poursuivre le processus d'adaptation de l'outil, en interrogeant dans un premier temps les professionnels sur la qualité de la traduction, la pertinence des items ainsi que le format de l'outil.

Mots-clés : Dépistage - Dysphagie - EHPAD - Outil - Adaptation

ABSTRACT

Dysphagia is common among elderly people living in institutions, and has a significant impact on their overall health. Screening for dysphagia in nursing homes is therefore essential, yet rarely carried out. Its aim is to identify residents at risk and, when possible, refer them to second-line professionals for further assessment. However, the complexity of nursing homes operations, combined with the polypathological nature of the residents, is often accompanied by a lack of resources for nursing staff, making screening difficult. At the moment, there is no specific dysphagia screening tool for this population in France. In this context, we selected the MEOF-II, a relevant tool recommended in the literature for dysphagia screening in nursing homes. In this thesis, we have sought to adapt the MEOF-II by proposing a translation method in line with recommendations. Translators were provided with an information sheet on translation methodology and the aim of this work. A questionnaire was also created to profile the translators and identify any difficulties they encountered during the translation process. The quality of the translation method was validated, and internal revision resulted in a pre-final translated version of MEOF-II. Future work will enable to continue adapting the tool, initially by questioning professionals about the quality of the translation, the relevance of the items and the format of the tool.

Key word : Screening - Dysphagia - Retirement home - Tool - Adaptation