



SEPTEMBRE 2025

Dysphagie, dénutrition et déshydratation :

intervenir au bon moment
pour prévenir les complications

Cet outil vise à :

01

Assurer le bien-être et la sécurité des personnes dysphagiques ou à risque de l'être

02

Sensibiliser les équipes interprofessionnelles au cercle vicieux de la dysphagie, de la dénutrition et de la déshydratation

03

Informer sur les effets de la modification de la texture et de la consistance sur l'apport alimentaire, l'état nutritionnel, l'état clinique et la capacité de déglutition

04

Promouvoir l'utilisation judicieuse des compétences des diététistes-nutritionnistes dans le réseau de la santé

Qu'est-ce que la dysphagie ?

La dysphagie est une difficulté à avaler qui entrave le passage des aliments, des liquides ou des médicaments de la bouche vers l'estomac. Elle peut se manifester de façon soudaine ou progressive, et être temporaire, permanente ou réversible, selon sa cause sous-jacente. Elle peut entraîner de graves **complications**, telles que :



la dénutrition



la déshydratation



la diminution de la qualité de vie



le retrait social



la pneumonie d'aspiration



le décès

Signes de dysphagie

Difficulté à mastiquer
ou à contrôler les
aliments dans la bouche



Changement dans la voix
(enrouée, mouillée) après
la déglutition



Régurgitation ou
vomissements après
le repas



Pneumonie
récurrente



Signes d'effort ou **douleur**
lors de la déglutition
(p. ex., grimaces, yeux
larmoyants)



Toux pendant ou
après le repas

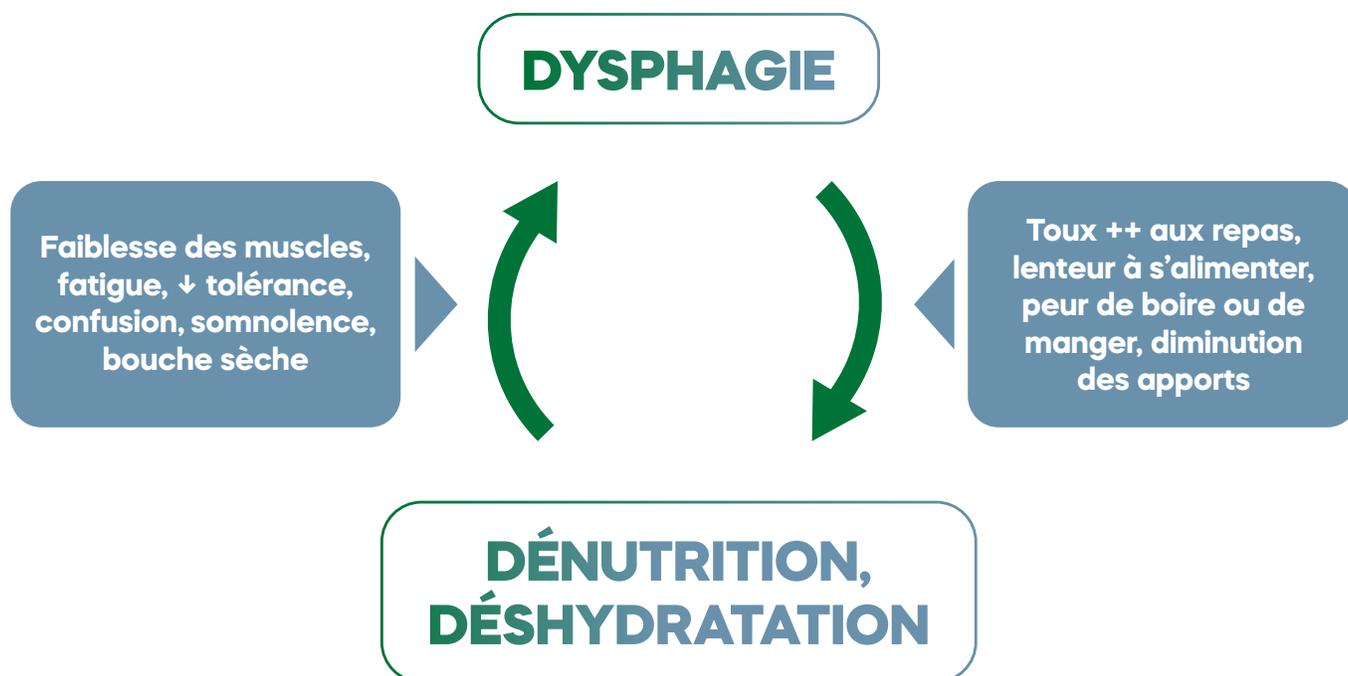


Étouffement
(ne plus pouvoir respirer)
pendant le repas

Dysphagie, dénutrition et déshydratation : un cercle vicieux

La dysphagie complique l'alimentation et l'hydratation, ce qui peut mener à la dénutrition et à la déshydratation. Toutefois, l'inverse est aussi vrai : manger ou boire trop peu affaiblit les muscles, y compris ceux qui permettent d'avaler, causant ou aggravant ainsi la dysphagie (5).

Dysphagie et état nutritionnel



Qu'est-ce que la dénutrition et la déshydratation?

La dénutrition survient lorsque les apports en nutriments ne suffisent pas à combler les besoins nutritionnels du corps. On utilise parfois le terme malnutrition, qui désigne plus largement un déséquilibre (carence ou excès) entre les nutriments dont l'organisme a besoin et les nutriments qu'il reçoit. La dénutrition peut être due à des apports nutritionnels insuffisants, une mauvaise absorption des nutriments ou des besoins énergétiques accrus (infections, maladies, chirurgie, etc.).

La déshydratation est caractérisée par une diminution de la quantité d'eau présente dans l'organisme. Elle survient lorsque les apports en liquides sont insuffisants pour compenser les pertes de l'organisme, ce qui perturbe son bon fonctionnement.

Signes de dénutrition

- Diminution de l'appétit
- Perte de poids involontaire
- Fatigue, faiblesse (y compris la difficulté à avaler)
- Perte musculaire (y compris la difficulté à avaler)
- Perte des réserves adipeuses
- Cicatrisation lente des plaies
- Changement dans l'apparence de la peau, des cheveux ou des ongles

Signes de déshydratation

- Sensation de soif
- Bouche, lèvres et langue sèches
- Diminution de la fréquence des urines
- Urine de couleur foncée
- Fatigue, faiblesse (y compris la difficulté à avaler)
- Somnolence, irritabilité
- Étourdissement, confusion, maux de tête, évanouissement
- Respiration rapide
- Hypotension (basse pression)
- Yeux creux
- Peau sèche, froide et pâle avec l'apparition d'un pli cutané (lorsqu'elle est légèrement pincée, la peau tarde à retrouver son aspect initial)

Reconnaitre les signes de dénutrition et de déshydratation permet d'orienter rapidement la personne dysphagique ou à risque de l'être vers les diététistes-nutritionnistes, ou vers toute autre personne de l'équipe soignante habilitée à évaluer et à traiter l'état nutritionnel, soit les médecins et les IPS (infirmières et infirmiers praticiens spécialisés), pour prévenir toute complication.

Il existe plusieurs outils de dépistage permettant de repérer les personnes à risque de dénutrition. Il est important de choisir un outil validé pour la clientèle visée.

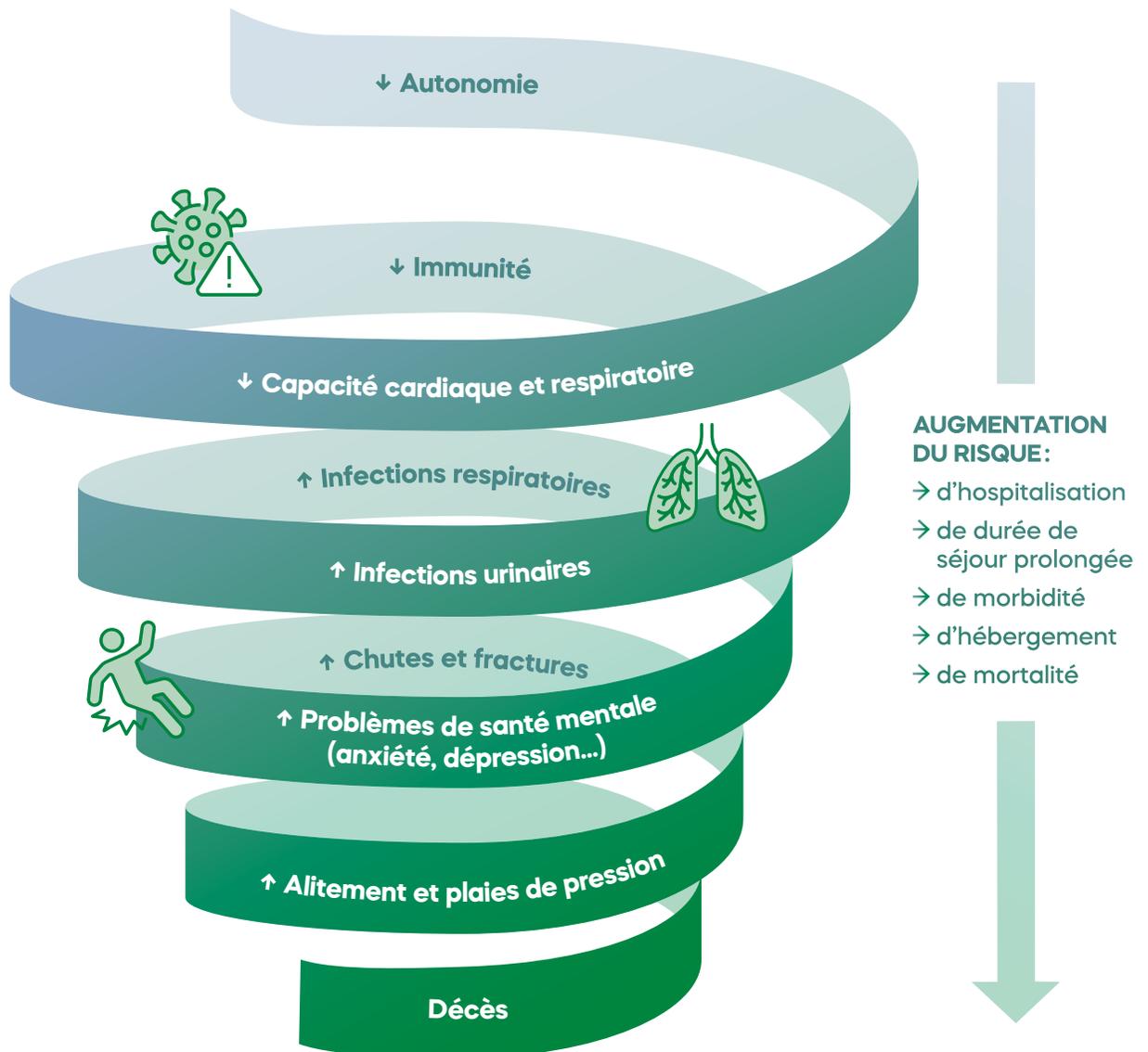
La spirale de la dénutrition et déshydratation

La dénutrition et la déshydratation déclenchent une cascade de conséquences physiques et psychologiques. Réalisées en temps opportun, l'évaluation et l'intervention nutritionnelle constituent des moyens peu coûteux et peu invasifs d'optimiser les apports alimentaires et hydriques ainsi que la qualité de vie et de réduire significativement le risque de complications, d'hospitalisation et de décès.

AGIR SUR LES CAUSES DE LA DÉNUTRITION ET DÉSHYDRATATION, PERMET DE PRÉSERVER LA SANTÉ ET LA QUALITÉ DE VIE.

CAUSES:
Augmentation des besoins (pathologies, stress, trauma), insécurité alimentaire, diminution de l'appétit ou du désir de manger, difficulté à se nourrir.

Dénutrition et déshydratation



La dysphagie et la dénutrition affectent des personnes de tous âges présentant divers problèmes de santé. **Plus de la moitié des personnes dénutries sont à risque de dysphagie**, un fait préoccupant compte tenu de la prévalence élevée de la malnutrition au Canada (1):



Au retour à domicile après une hospitalisation, **le tiers des personnes de 65 ans et plus courent un risque de malnutrition** (2)



Dans les établissements de soins de longue durée, près de **la moitié des personnes sont considérées comme malnutries ou susceptibles de l'être** (3)

45%

À l'admission dans les unités médicales et chirurgicales des hôpitaux au Canada, **45% de la patientèle de 18 ans et plus présente une malnutrition modérée ou sévère** (4)



Lorsqu'une personne avale difficilement, elle met souvent plus de temps à manger et à boire; elle en vient à éviter certains aliments ou breuvages et peut perdre du poids malgré elle. **Cette difficulté à avaler et les conséquences qui en découlent augmentent le risque d'hospitalisation, prolongent la durée de séjour et freinent le rétablissement de la santé.**

Le saviez-vous ?

- ➔ La dénutrition et la déshydratation sont des complications fréquentes de la dysphagie qui peuvent aussi en être la cause.
- ➔ Modifier la texture et la consistance sans faire une évaluation globale peut se révéler un surtraitement et, ultimement, nuire à la santé de la personne et prolonger sa durée d'hospitalisation.
- ➔ Une approche interdisciplinaire structurée, centrée sur les besoins de la personne et de ses proches, où chaque membre de l'équipe de soins intervient au bon moment, améliore les résultats cliniques.
- ➔ Prévenir la dénutrition et la déshydratation, c'est aussi prévenir les hospitalisations, écourter la durée de séjour, réduire les coûts et améliorer la qualité de vie.

Modification de la texture et de la consistance : des conséquences importantes à considérer

L'équipe de soins modifie couramment la texture et la consistance des aliments et breuvage lors de la prise en charge de la dysphagie. Cette modification améliore le confort de la personne dysphagique, favorise une meilleure prise alimentaire et contribue à prévenir les fausses routes ainsi que l'aspiration d'aliments ou de liquides vers les poumons, ce qui peut entraîner une pneumonie d'aspiration (6).

Toutefois, lorsque la modification de la texture ou de la consistance n'est pas adaptée aux besoins de la personne dysphagique ou qu'elle est effectuée sans un suivi adéquat de son état nutritionnel et de sa condition de santé, elle peut avoir des conséquences néfastes, notamment :

- **diminuer la densité nutritionnelle des aliments;**
 - l'ajout de liquide pour obtenir la texture souhaitée (les purées, par exemple) entraîne une dilution des nutriments;
- **rendre les repas monotones et causer une diminution des apports alimentaires;**
- **diminuer les choix alimentaires;**
 - surtout si la personne a déjà d'autres restrictions nutritionnelles (p. ex., un régime réduit en potassium, en phosphore, en sodium, des allergies, etc.);
- **entraîner un retard de développement des fonctions orales motrices et le déconditionnement musculaire oral;**
- **compromettre l'état clinique global.**



Exemples de conséquences

Chez une personne suivant une alimentation thérapeutique particulière, il est essentiel de maintenir les restrictions prescrites, et ce, même lors de la modification de la texture des aliments et de la consistance des liquides.

Le non-respect du plan de traitement nutritionnel peut entraîner des risques importants pour la santé, par exemple :



Santé rénale altérée

Une texture molle est recommandée à une personne vivant avec une insuffisance rénale. Cette modification porte la personne à choisir davantage d'aliments riches en potassium, un nutriment à limiter selon sa condition. Le potassium s'accumule dans le sang (hyperkaliémie) et entraîne des conséquences graves, notamment cardiaques.



Insuffisance cardiaque

L'ajout de sauces ou d'agents humectants (substances qui retiennent l'humidité) ainsi que l'alternance de liquides et de solides pendant les repas sont recommandés pour faciliter la déglutition chez une personne avec dysphagie. Ces recommandations peuvent entraîner une hausse de la consommation de sodium et de liquides, deux éléments à restreindre en cas d'insuffisance cardiaque. Cela peut entraîner une surcharge cardiaque, voire le décès.



Troubles digestifs

Certains épaississants peuvent causer des effets secondaires, tels que des ballonnements ou de la constipation, ce qui peut nuire à l'adhésion au traitement. L'accompagnement nutritionnel est important pour limiter les effets indésirables et favoriser l'acceptation des textures et des consistances modifiées lorsqu'elles sont nécessaires.

Tenir compte de l'ensemble des risques

Non seulement la modification de la texture et de la consistance doit permettre d'éviter les fausses routes et de réduire le risque d'une pneumonie d'aspiration, mais elle doit aussi combler les besoins nutritionnels de la personne en tenant compte de son état de santé global.

L'évaluation nutritionnelle permet, entre autres, de déterminer la capacité de la personne à combler ses besoins nutritionnels, de repérer les difficultés associées à différentes textures et de vérifier la capacité à gérer les fausses routes. L'évaluation tient également compte des connaissances et des compétences de la personne, ainsi que de l'accès aux ressources nécessaires pour adapter les textures et consistances.

Une évaluation et une prise en charge nutritionnelles peuvent parfois éviter le recours à la modification de la texture et de la consistance.

En corrigeant un état nutritionnel altéré, l'on peut :

- améliorer l'état de la personne ;
- augmenter la capacité de déglutition (avaler) ;
- renforcer la résistance aux infections pulmonaires ;
- réduire le risque de pneumonie d'aspiration.

Reconnaitre les limites des textures adaptées et des liquides épaissis

Bien que la modification des textures et l'épaississement des liquides soient largement utilisés dans la gestion de la dysphagie, les données probantes à ce sujet demeurent limitées (6, 7). Des études et revues de littérature soulignent divers effets potentiellement néfastes, ou une efficacité mitigée dans l'atteinte des résultats escomptés :

- **Efficacité variable contre le risque d'aspiration**
 - L'épaississement ne prévient pas toujours l'aspiration. Certaines personnes continuent d'aspirer malgré l'augmentation de la viscosité des liquides (6).
- **Risque de déshydratation**
 - Les liquides épaissis sont souvent consommés en plus petites quantités en raison de leur consistance peu appréciée, ce qui accroît le risque de déshydratation et, conséquemment, le risque de dysphagie¹ (8).

- **Effet néfaste sur la pharmacocinétique**

- L'épaississement peut interférer avec l'absorption de certains médicaments, rendant l'efficacité de la médication imprévisible et pouvant compromettre le traitement d'autres affections médicales (8, 9).

- **L'efficacité de la modification de la texture et de la consistance sur la prévention de la pneumonie d'aspiration demeure incertaine.**

Bien qu'un lien soit établi entre l'épaississement des liquides et la réduction du risque d'aspiration, les données probantes ne permettent pas de confirmer un lien direct entre les modifications de la texture et de la consistance et la prévention de la pneumonie d'aspiration (6, 7, 10).

Partenariat de soins et consentement

L'alimentation est un soin de base². Avant d'offrir des soins ou des services, les diététistes-nutritionnistes doivent obtenir le consentement libre et éclairé de la personne ou de son représentant légal. Une personne dysphagique, ou à risque de le devenir, a le droit de prendre une décision éclairée sur son alimentation, en connaissant bien sa situation clinique et les options qui s'offrent à elle. Elle peut choisir de ne pas modifier la texture de ses aliments et d'accepter certains risques afin de maintenir son alimentation habituelle et sa qualité de vie, même si une modification de la texture, de la consistance ou de la voie d'alimentation serait cliniquement optimale. Dans ces situations, les diététistes-nutritionnistes jouent un rôle essentiel d'écoute, de soutien et d'accompagnement².

Rendus en collaboration avec l'équipe interdisciplinaire, les soins et services se doivent d'être adaptés aux besoins spécifiques de la personne. Le partenariat avec la personne et ses proches visera une intervention adaptée à ses besoins et une meilleure qualité des soins. Lorsque la personne participe activement à ses choix, elle peut mieux tenir compte de ce qui est important pour elle, comme éviter l'isolement social, améliorer le confort ou préserver le plaisir de manger. Ce type de démarche favorise l'autonomie et l'engagement envers sa santé.



1 La littérature scientifique actuelle ne permet pas de déterminer si la diminution de la consommation de liquides s'accroît proportionnellement à l'augmentation de la viscosité des liquides.

2 Pour plus d'information, consultez la chronique juridique « [Suivre un patient qui refuse le plan de traitement nutritionnel suggéré : Quelle est la responsabilité de la ou du diététiste-nutritionniste?](#) »



Valoriser le plaisir de manger

Manger est plus qu'un besoin physique. Les repas ont une valeur sensorielle, culturelle et affective importante. Lorsqu'une modification de la texture des aliments et de la consistance des liquides est requise, il est essentiel d'outiller la personne concernée pour limiter les conséquences négatives. En effet, la modification de la texture ou de la consistance peut :

- **altérer le goût et l'apparence des aliments ;**
- **diminuer l'envie de manger ;**
- **nuire à l'autonomie et affecter la qualité de vie ;**
- **mener à la dénutrition et à la déshydratation.**

Les diététistes-nutritionnistes jouent un rôle clé en accompagnant ces personnes. Cet accompagnement vise à adapter les modifications de textures et consistances aux besoins individuels tout en limitant les effets négatifs et en préservant, autant que possible, le plaisir de manger.

Exemples

- Chez les personnes atteintes de démence, des changements visuels dans les aliments peuvent entraîner un refus de s'alimenter.
- Manger des aliments en purée peut être gênant et mener au retrait social. Lorsque les personnes âgées ont la chance de prendre leurs repas en groupe ou en famille, elles boivent et mangent plus et sont plus à même de combler leurs besoins nutritionnels.
- Chez les personnes ayant une déficience intellectuelle ou un trouble du spectre de l'autisme, la modification de la texture et de la consistance présente un défi, car ces personnes présentent souvent une rigidité alimentaire.

Que font les diététistes-nutritionnistes en dysphagie ?

Collaboration interdisciplinaire

Au Québec, la personne dysphagique, ou à risque de l'être, bénéficie des compétences de plusieurs membres de l'équipe de soins. Les principes qui guident la collaboration entre les diététistes-nutritionnistes, les ergothérapeutes et les orthophonistes sont définis dans un [énoncé de position](#) interprofessionnel.

En contexte de gestion de la dysphagie, les rôles partagés incluent :

- le dépistage au chevet;
- l'évaluation clinique des mécanismes oropharyngés impliqués dans la déglutition;
- l'observation aux repas;
- la participation à l'évaluation instrumentale (fluoroscopie, endoscopie).

Intervention nutritionnelle

La participation des diététistes-nutritionnistes a lieu tout au long du continuum de soins et services, leur contribution particulière repose sur :

- l'expertise en nutrition clinique;
- la connaissance de la rhéologie des aliments et du métabolisme des nutriments;
- la connaissance des interactions entre l'alimentation, les maladies chroniques et la pharmacologie;

Plus précisément, les diététistes-nutritionnistes :

- évaluent l'état nutritionnel;
- prescrivent les analyses de laboratoire nécessaires à la détermination du plan de traitement et au suivi de l'état nutritionnel;
- déterminent le plan de traitement nutritionnel, incluant la voie d'alimentation appropriée;
- optimisent les apports nutritionnels et hydriques selon l'état nutritionnel et clinique, en tenant compte, entre autres, des risques d'étouffement, d'aspiration et de pneumonie;
- prescrivent l'alimentation entérale ou parentérale lorsque la voie d'alimentation orale ne peut être utilisée (p. ex., voie orale obstruée ou jugée non sécuritaire en regard du risque d'aspiration);
- prescrivent les formules nutritives, les macronutriments ou les micronutriments requis en fonction de l'état nutritionnel et clinique;
- prescrivent le matériel de nutrition entérale;
- surveillent et adaptent le plan de traitement nutritionnel en fonction, entre autres, de l'évolution de l'état nutritionnel et clinique;
- ajustent l'insuline et les antidiabétiques;
- retirent le tube d'alimentation.

Recommandations des diététistes-nutritionnistes pour une gestion optimale de la dysphagie



Assurer une évaluation de l'état nutritionnel et hydrique

La dénutrition et la déshydratation sont à la fois des causes et des conséquences fréquentes de la dysphagie. Une évaluation de l'état nutritionnel doit être faite dès la prise en charge, puis révisée régulièrement afin d'orienter les choix de traitements. En cas d'accès limité aux diététistes-nutritionnistes, d'autres personnes professionnelles habilitées, soit les médecins et les IPS, peuvent évaluer et traiter l'état nutritionnel.



Reconnaitre les signes de dénutrition et de déshydratation

Devant tout doute, référer rapidement. L'intervention nutritionnelle réalisée en temps opportuns réduit les complications médicales et favorise le maintien de l'autonomie et de la qualité de vie.



Considérer tous les risques avant d'adapter les textures et consistances

Avant toute modification, évaluer les conséquences possibles: dénutrition, déshydratation, diminution de la qualité de vie, isolement social, pneumonie d'aspiration et, dans les cas graves, décès.



Planifier un suivi nutritionnel lors de l'adaptation des textures et consistances

Ces changements peuvent modifier les apports alimentaires. Un suivi nutritionnel et clinique est essentiel pour prévenir les déficits et garantir un apport suffisant en nutriments et en liquides, surtout en présence de comorbidités où la nutrition joue un rôle déterminant dans le traitement ou le maintien de la santé (p.ex., insuffisance rénale, insuffisance cardiaque, diabète, plaie de pression).

Annexe I

Quelques données scientifiques

Effets de la dénutrition sur la dysphagie et vice versa (1, 11-15)

- La sévérité de la dysphagie augmente avec la détérioration de l'état nutritionnel;
- Plus de la moitié des personnes en état de dénutrition dans la communauté, dont les personnes âgées, présentent un risque de dysphagie;
- L'utilisation de textures modifiées peut contribuer à la dénutrition chez les personnes dysphagiques, notamment celles en soins de longue durée;

Effets de la déshydratation sur la dysphagie et vice versa (8, 16, 17)

- Une revue systématique indique que la prévalence de la déshydratation chez les personnes atteintes de dysphagie oropharyngée varie entre 19 et 100%;
- L'état d'hydratation se détériore à mesure que la dysphagie progresse;
- Une hydratation inadéquate peut aggraver la dysphagie en réduisant la salivation, en augmentant la viscosité du bol alimentaire et en nuisant à la déglutition;
- La déshydratation aggrave les complications associées à la dysphagie;
- L'efficacité des liquides épaissis pour améliorer l'hydratation et l'état clinique des personnes dysphagiques demeure controversée.

Effets de la dénutrition et de la déshydratation sur l'état clinique général (18, 19)

- La dénutrition et la déshydratation entraînent une diminution des capacités fonctionnelles, une perte d'autonomie et une fatigue accrue;
- Elles altèrent la réponse immunitaire et augmentent la vulnérabilité aux infections;
- Elles aggravent les comorbidités et augmentent la mortalité, particulièrement chez les personnes atteintes de dysphagie sévère.

Durée d'hospitalisation (12, 20-22)

- Les personnes atteintes de dysphagie sont hospitalisées plus longtemps que celles qui ne le sont pas;
- La durée moyenne d'hospitalisation est de 4,04 jours pour les personnes dysphagiques contre 2,40 jours pour celles non atteintes;
- Des études récentes suggèrent que la dysphagie seule n'explique pas toujours la prolongation des hospitalisations. Toutefois, chez la personne dysphagique, la dénutrition pourrait expliquer la prolongation de l'hospitalisation, car une corrélation positive entre la durée des soins et la dénutrition a été relevée.

Autonomie et qualité de vie (8, 23-25)

- La dysphagie nuit à la qualité de vie;
- La dysphagie augmente le risque de dénutrition et diminue la capacité à accomplir les activités de la vie quotidienne;
- Une alimentation dont la texture et la consistance sont modifiées est souvent associée à une détérioration de la qualité de vie.

Plaisir de s'alimenter (26-28)

- La modification de la texture et de la consistance des aliments et boissons réduit généralement le plaisir de manger;
- Ce type d'alimentation est souvent perçu comme peu attrayant, répétitif et non adapté aux besoins des personnes atteintes de démence;
- Chez les personnes atteintes de démence sévère, l'aspect visuel des aliments et des liquides influence fortement la satisfaction liée à l'alimentation.

Références

1. Tagliaferri S, Lauretani F, Pelá G, Meschi T, Maggio M. The risk of dysphagia is associated with malnutrition and poor functional outcomes in a large population of outpatient older individuals. *Clinical nutrition*. 2019 Dec 1; 38(6): 2684-9.
2. Le Groupe de travail canadien sur la malnutrition [En ligne]. Société canadienne de nutrition; [date inconnue]: Aperçu de la malnutrition [cité le 17 juin 2025]; [environ 2 écrans]. Disponible: https://nutritioncareinCanada.ca/about-us/malnutrition-overview?utm_source=chatgpt.com&lang=fr
3. Keller H, Vucea V, Slaughter SE, Jager-Wittenaar H, Lengyel C, Ottery FD, Carrier N. Prevalence of Malnutrition or Risk in Residents in Long Term Care: Comparison of Four Tools. *J Nutr Gerontol Geriatr*. 2019 Oct-Dec; 38(4): 329-344. doi: 10.1080/21551197.2019.1640165.4
4. Allard JP, Keller H, Jeejeebhoy KN, Laporte M, Duerksen DR, Gramlich L, Payette H, Bernier P, Vesnaver E, Davidson B, Teterina A, Lou W. Malnutrition at Hospital Admission-Contributors and Effect on Length of Stay: A Prospective Cohort Study from the Canadian Malnutrition Task Force. *JPEN J Parenter Enteral Nutr*. 2016 May;40(4):487-97. doi: 10.1177/0148607114567902
5. Alimentation et dysphagie: pour mieux comprendre et intervenir. Service de nutrition clinique, Direction des services de santé multidisciplinaire, CIUSSS-EMTL. Document adapté de « Alimentation et dysphagie: un casse-tête à démystifier! » J. Bouchard, 2013, APNED.
6. Chu YH, Chao JC. Effectiveness of diet modification on dietary nutrient intake, aspiration, and fluid intake for adults with dysphagia: a meta-analysis of randomized controlled trials. *J Nutr Health Aging*. 2025 Apr; 29(4): 100486. doi: 10.1016/j.jnha.2025.100486.
7. Lippert WC, Chadha R, Sweigart JR. Things We Do for No Reason: The Use of Thickened Liquids in Treating Hospitalized Adult Patients with Dysphagia. *J Hosp Med*. 2019 May; 14(5): 315-317. doi: 10.12788/jhm.3141.
8. Werden Abrams S, Gandhi P, Namasivayam-MacDonald A. The adverse effects and events of thickened liquid use in adults: A systematic review. *Am J Speech Lang Pathol*. 2023 Sept; 32(5): 2331-2350. doi: https://doi.org/10.1044/2023_AJSLP-22-00380
9. Steele SJ, Ennis SL, Dobler CC. Treatment burden associated with the intake of thickened fluids. *Breathe (Sheff)*. 2021 Mar; 17(1): 210003. doi: 10.1183/20734735.0003-2021.

10. Hansen T, Beck AM, Kjaersgaard A, Poulsen I. 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. *Clin Nutr ESPEN*. 2022 Jun; 49: 551-555. doi: 10.1016/j.clnesp.2022.03.039.
11. Nagano A, Nishioka S, Wakabayashi H. Rehabilitation nutrition for iatrogenic sarcopenia and sarcopenic dysphagia. *The Journal of nutrition, health and aging*. 2019 Mar 1; 23(3): 256-65.
12. Hernandez SG, Feldman S, Perez-Abalo M. Malnutrition, dysphagia, sarcopenia and weakness in the older population: a retrospective review to enlighten future directions for health system best practices. *Dysphagia*. 2024 Jun; 39(3): 514-21
13. Leira J, Maseda A, López-López R, Lorenzo-López L, Cibeira N, Lodeiro-Fernández L, Millán-Calenti JC. Determinants of Malnourishment in the Institutionalized Older Population: The FRAGILESS Study. *Nutrients*. 2024 Nov 28; 16(23): 4114.
14. O’Keeffe ST. Use of modified diets to prevent aspiration in oropharyngeal dysphagia: is current practice justified? *BMC geriatrics*. 2018 Dec; 18: 1-0.
15. Vucea V, Keller HH, Morrison JM, Duncan AM, Duizer LM, Lengyel CO, Slaughter SE. Intake and factors associated with consumption of pureed food in long term care: An analysis of Making the Most of Mealtimes (M3) project. *Journal of nutrition in gerontology and geriatrics*. 2018 Apr 3; 37(2): 59-81.
16. Viñas P, Bolivar-Prados M, Tomsen N, Costa A, Marin S, Riera SA, Barcons N, Clavé P. The hydration status of adult patients with oropharyngeal dysphagia and the effect of thickened fluid therapy on fluid intake and hydration: results of two parallel systematic and scoping reviews. *Nutrients*. 2022 Jun 16; 14(12): 2497.
17. Reber E, Gomes F, Dähn IA, Vasiloglou MF, Stanga Z. Management of dehydration in patients suffering swallowing difficulties. *Journal of clinical medicine*. 2019 Nov 8; 8(11): 1923.
18. Leira J, Maseda A, Lorenzo-López L, Cibeira N, López-López R, Lodeiro L, Millán-Calenti JC. Dysphagia and its association with other health-related risk factors in institutionalized older people: A systematic review. *Archives of Gerontology and Geriatrics*. 2023 Jul 1; 110: 104991.
19. Burgos R, Bretón I, Cereda E, Desport JC, Dziewas R, Genton L, Gomes F, Jesús P, Leischker A, Muscaritoli M, Poulia KA. ESPEN guideline clinical nutrition in neurology. *Clinical Nutrition*. 2018 Feb 1; 37(1): 354-96.
20. Attrill S, White S, Murray J, Hammond S, Doeltgen S. Impact of oropharyngeal dysphagia on healthcare cost and length of stay in hospital: a systematic review. *BMC health services research*. 2018 Dec; 18: 1-8.

21. Poulsen SH, Rosenvinge PM, Modlinski RM, Olesen MD, Rasmussen HH, Holst M. Signs of dysphagia and associated outcomes regarding mortality, length of hospital stay and readmissions in acute geriatric patients: Observational prospective study. *Clinical Nutrition ESPEN*. 2021 Oct 1; 45: 412-9.
22. Altman KW, Yu GP, Schaefer SD. Consequence of dysphagia in the hospitalized patient: impact on prognosis and hospital resources. *Archives of Otolaryngology-Head & Neck Surgery*. 2010 Aug 16; 136(8): 784-9.
23. Nielsen MM, Maribo T, Westergren A, Melgaard D. Associations between eating difficulties, nutritional status and activity of daily living in acute geriatric patients. *Clinical nutrition ESPEN*. 2018 Jun 1; 25: 95-9.
24. Ballesteros-Pomar MD, Cherubini A, Keller H, Lam P, Rolland Y, Simmons SF. Texture-modified diet for improving the management of oropharyngeal dysphagia in nursing home residents: An expert review. *The Journal of nutrition, health and aging*. 2020 Jun 1; 24(6): 576-81.
25. Swan K, Speyer R, Heijnen BJ, Wagg B, Cordier R. Living with oropharyngeal dysphagia: effects of bolus modification on health-related quality of life—a systematic review. *Quality of Life Research*. 2015 Oct; 24: 2447-56.
26. Milte R, Shulver W, Killington M, Bradley C, Miller M, Crotty M. Struggling to maintain individuality—describing the experience of food in nursing homes for people with dementia. *Archives of Gerontology and Geriatrics*. 2017 Sep 1; 72: 52-8.
27. Wu XS, Miles A, Braakhuis AJ. Texture-modified diets, nutritional status and mealtime satisfaction: A systematic review. *In Healthcare* 2021 May 24 (Vol. 9, N° 6, p. 624). MDPI.
28. Ballesteros-Pomar MD, Cherubini A, Keller H, Lam P, Rolland Y, Simmons SF. Texture-modified diet for improving the management of oropharyngeal dysphagia in nursing home residents: An expert review. *The Journal of nutrition, health and aging*. 2020 Jun 1; 24(6): 576-81.



Ordre des diététistes
nutritionnistes
du Québec

NOTRE SAVOIR, VOTRE SANTÉ

ODNQ.ORG