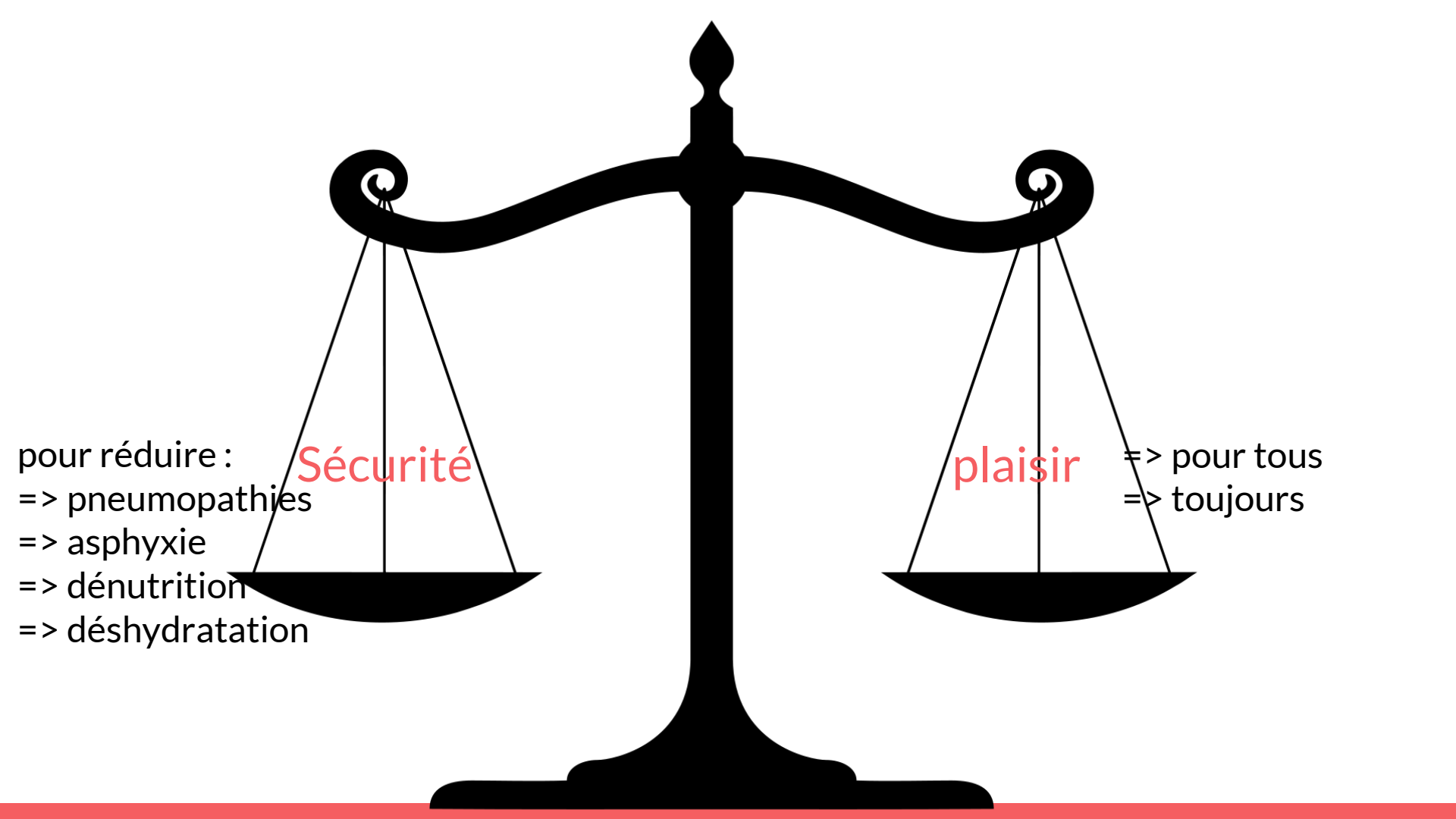


**mieux manger
en EHPAD**



pour réduire :
=> pneumopathies
=> asphyxie
=> dénutrition
=> déshydratation

Sécurité

plaisir

=> pour tous
=> toujours

un syndrome gériatrique ?

- Prévalence de 30 à 40% à domicile, 60 % en institution
- Imbrication de symptômes et d'absence de symptômes
- Facteurs de risques communs avec les autres syndromes gériatriques
 - dépendance cognitive ou fonctionnelle, âge, fragilité
- Interactions avec les autres syndromes gériatriques
 - AVC, démence, dénutrition, sarcopénie
- Risque majeur de complications
 - pneumopathies
- Intervention à composantes multiples

Baijens, Laura WJ et al. "European Society for Swallowing Disorders – European Union Geriatric Medicine Society White Paper: Oropharyngeal Dysphagia as a Geriatric Syndrome." *Clinical Interventions in Aging* 11 (2016): 1403–1428. PMC. Web. 21 Mar. 2017.

Quelques constats

- Chez la personne âgée (plus de 65 ans), les décès par accidents aigus de type asphyxie par obstruction représentaient 2156 cas en France en 2004, soit **15,7%** des accidents de la vie courante.

Mortalité par accident de la vie courante en France métropolitaine, 2000-2004. Céline Ermanel (c.ermanel@invs.sante.fr)¹, Bertrand Thélot¹, Eric Jouglas², Gérard Pavillon ² 1 / Institut de veille sanitaire, Saint-Maurice, France 2/ Centre d'épidémiologie des causes de décès, Inserm Le Vésinet, France

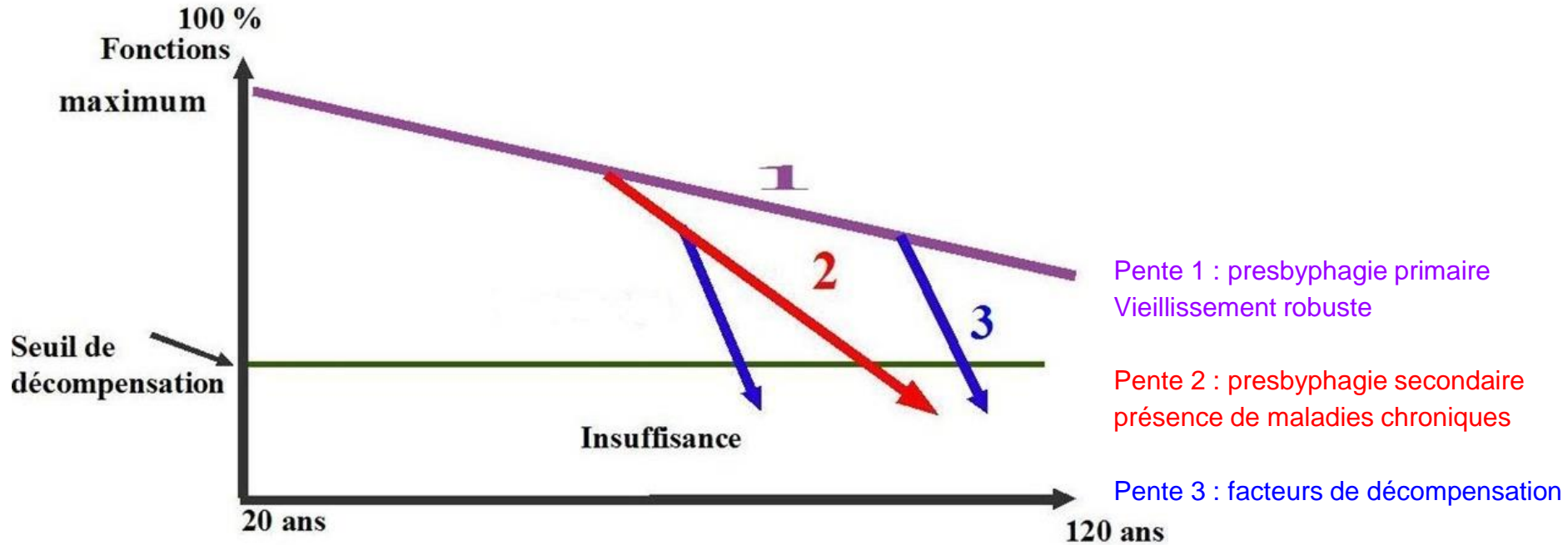
- **91%** des personnes âgées résidant en maisons de retraite avaient une alimentation **trop simplifiée** par rapport à leurs capacités réelles de déglutition

Groher, McKaig : Dysphagia and dietary levels in skilled nursing facilities. Journal of american geriatric society 1995

- Une texture semi-solide (mixée ou hachée) était présente dans **61 %** des cas de mort par asphyxie par obstruction chez les sujets de plus de 60 ans

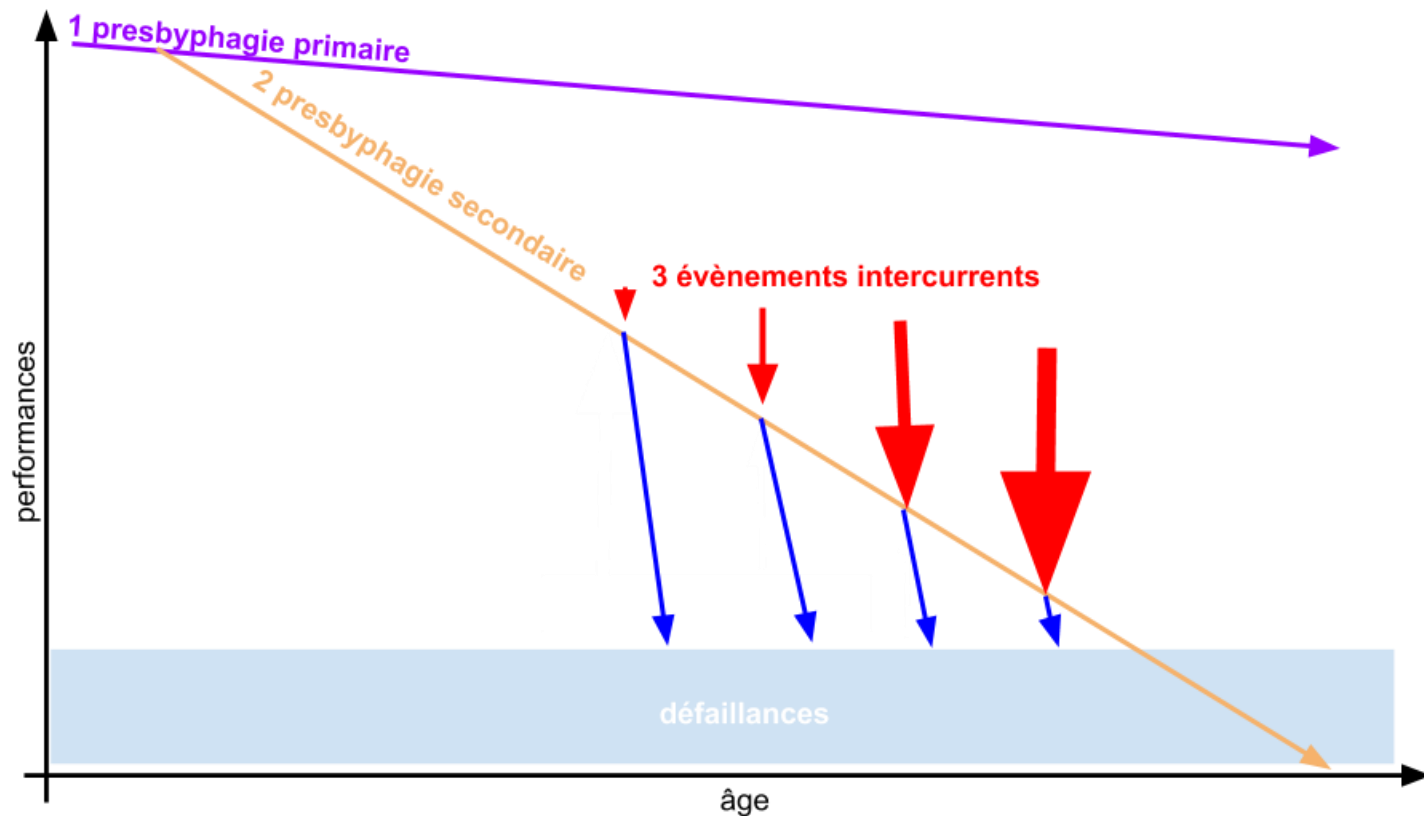
Foreign body asphyxia: a preventable cause of death in the elderly; Berzlanovich AM, Fazeny-Dörner B, Waldhoer T, Fasching P, Keil W; Américan journal of préventive medicine. 2005

La fragilité

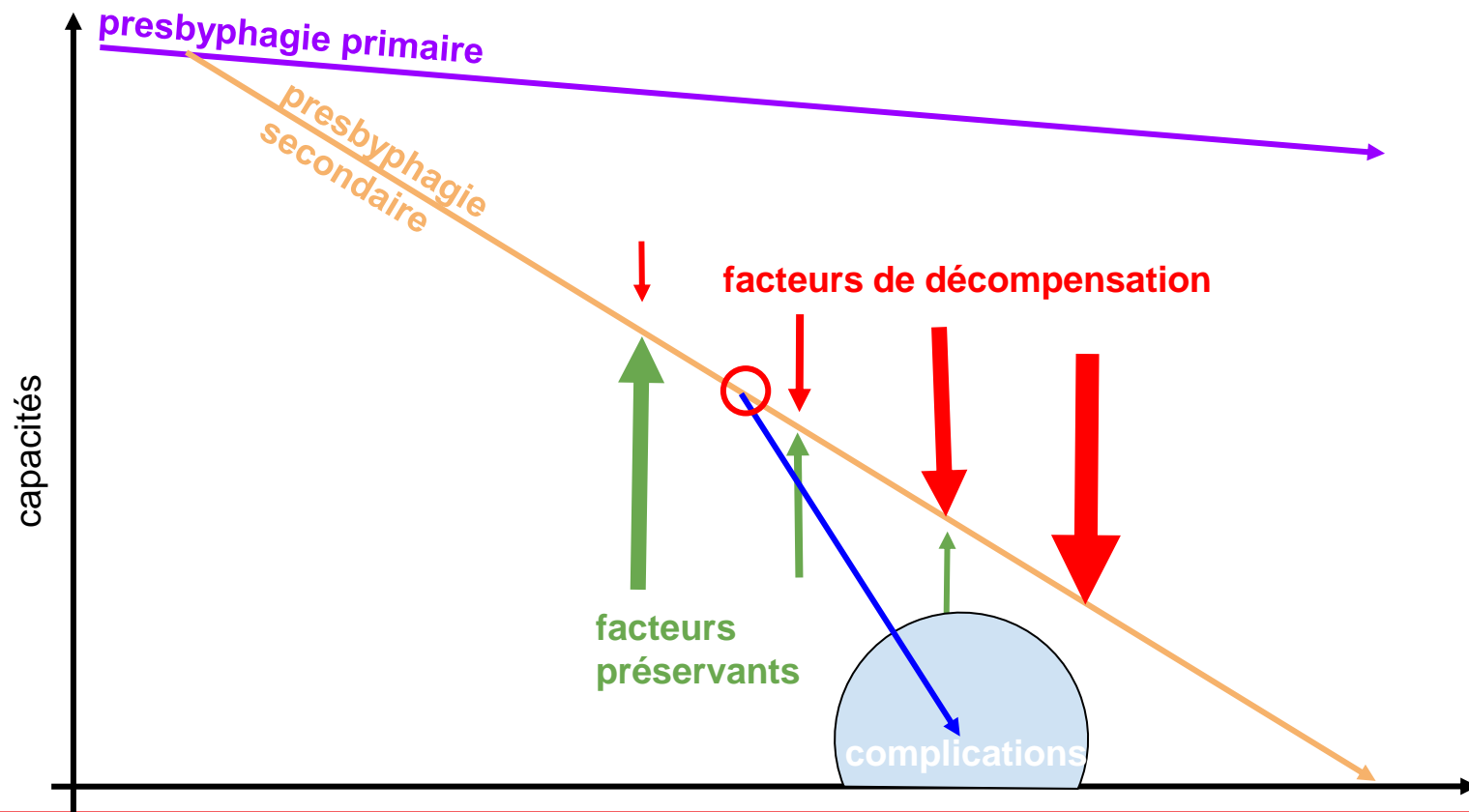


Règle de 1+2+3 De Bouchon (Bouchon 1984)

Règle de 1+2+3 de Bouchon appliquée à la presbyphagie



le point de bascule



Facteurs de décompensation

pneumopathie, asphyxie

- 41 % de risque de développer une pneumopathie si le résident est dépendant pour manger
- 40% si il n'est pas autonome pour réaliser son hygiène buccale
- 38 % si l'hygiène buccale fait défaut

Langmore, Terpenning, Schork, Chen, Murray, Lopatin, Loesche : Predictors of Aspiration Pneumonia: How Important Is Dysphagia?. Dysphagia 1998

- La perte du pouvoir masticatoire multiplie le risque d'asphyxie par 1,7

Takeshi Kikutani, Fumiyo Tamura, Takashi Tohara, Noriaki Takahashi, Ken Yaegaki : Tooth loss as risk factor for foreign-body asphyxiation in nursing-home patients; Archives of Gerontology and Geriatrics 2012

Facteurs de décompensation

dénutrition, déshydratation

→ posture : altérée, elle complique la déglutition, notamment des liquides ce qui conduit à recourir à l'eau épaissie, induit un déplaisir à boire du résident et est prise en quantité trop réduite pour une hydratation correcte

(Whelan, K. 2001. "Inadequate Fluid Intakes in Dysphagic Acute Stroke." *Clinical Nutrition* 20 (5): 423–28.)

→ manducation : c'est l'ensemble des opérations de préhension, mastication, insalivation avant la déglutition. Mal coordonnées ou absentes, elles inquiètent les personnels soignants et conduisent à recourir arbitrairement à une alimentation mixée, source d'un déplaisir à manger

(O'Keeffe, Shaun T. 2018. "Use of Modified Diets to Prevent Aspiration in Oropharyngeal Dysphagia: Is Current Practice Justified?" *BMC Geriatrics* 18 (1): 167)

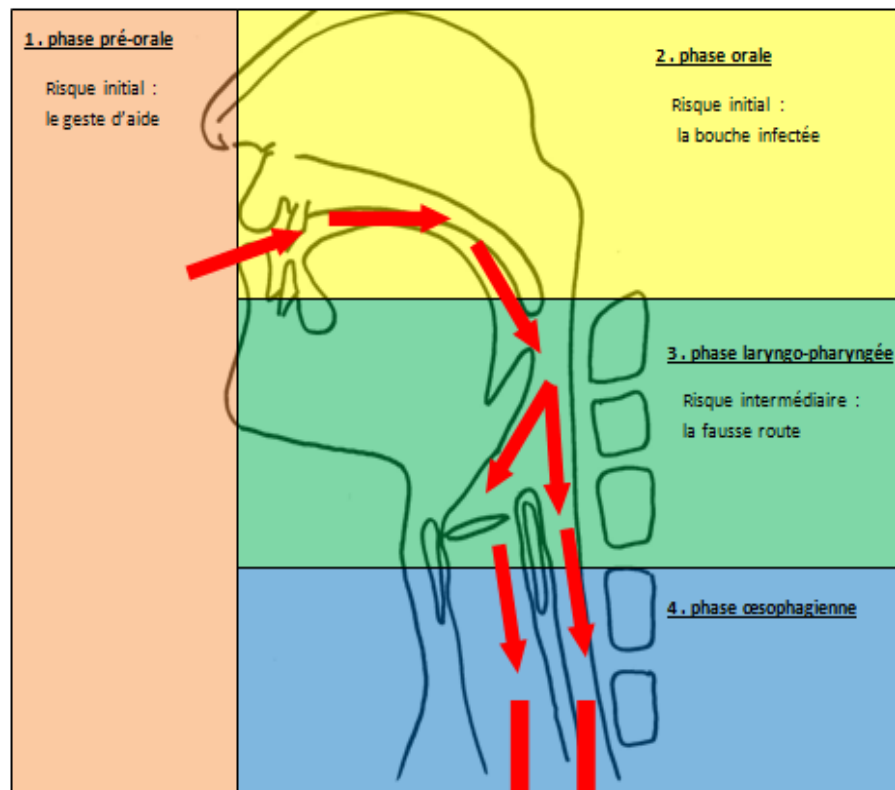
Facteurs de décompensation

plaisir de manger

→ l'interaction soignant-soigné : les comportements de la dyade soignant-soigné conditionnent la prise du repas et le plaisir à manger.

(Gabas. 2020. "Considérer L'alimentation de La Personne âgée Dépendante Comme Réel Levier de Sa Santé, Pour L'aider à Mieux Vivre et à Bien Vieillir." Edited by Poulain. Master 2, Université Jean Jaurès Toulouse.)

(Batchelor-Murphy, Melissa K., Eleanor S. McConnell, Elaine J. Amella, Ruth A. Anderson, Connie W. Bales, Susan Silva, Angel Barnes, Cornelia Beck, and Cathleen S. Colon-Emeric. 2017. "Experimental Comparison of Efficacy for Three Handfeeding Techniques in Dementia." *Journal of the American Geriatrics Society* 65 (4): e89–94.)



VERS LE SYSTEME
RESPIRATOIRE
Risque final :
La pneumopathie d'inhalation

VERS LE SYSTEME
DIGESTIF
Risque final :
La dénutrition
La déshydratation

Quelques solutions

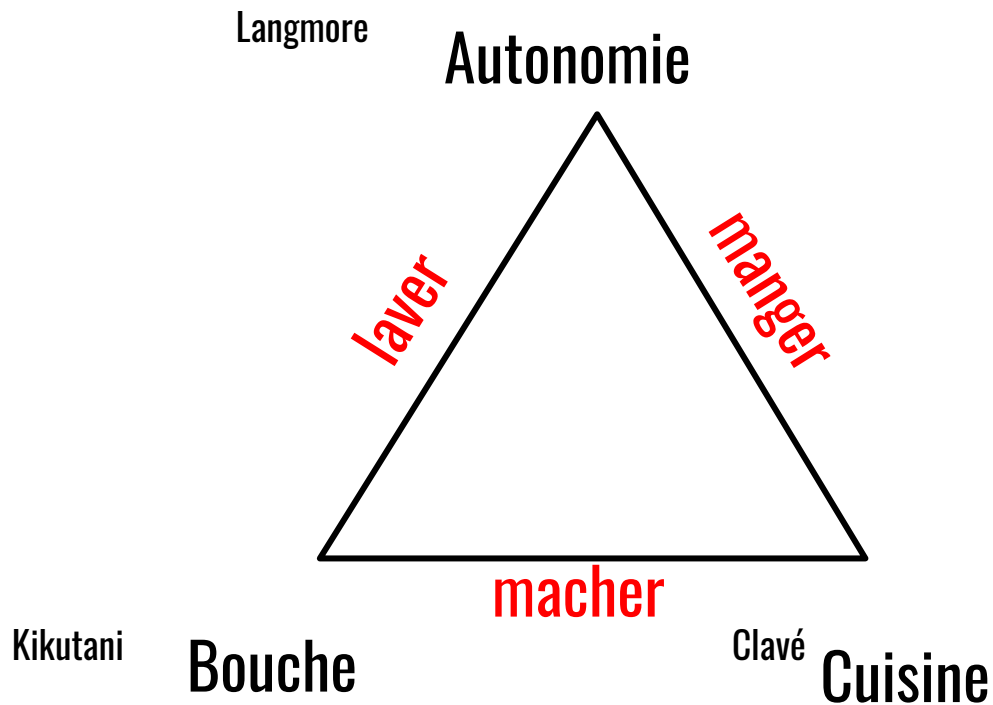
- **Augmenter les stimuli sensoriels** (acide citrique, capsaïcine, pipérine) pour augmenter l'efficacité de la déglutition

The Effects of Sensory Stimulation on Neurogenic Oropharyngeal Dysphagia Laia Rofes, Paula Cristina Cola, **Pere Clavé**, the journal of Gastroenterology and Hepatology Research, mai 2014

- **l'IDDSI** (International Dysphagia Diet Standardisation Initiative) recommande que l'alimentation **tienne compte des capacités de mastication**, qu'elle réduise le risque d'obstruction et qu'elle soit **glissante et cohésive**

The influence of food texture and liquid consistency modification on swallowing physiology and function : a systematic review : Stelle et all, Dysphagia 2015

Un plan de prévention en EHPAD

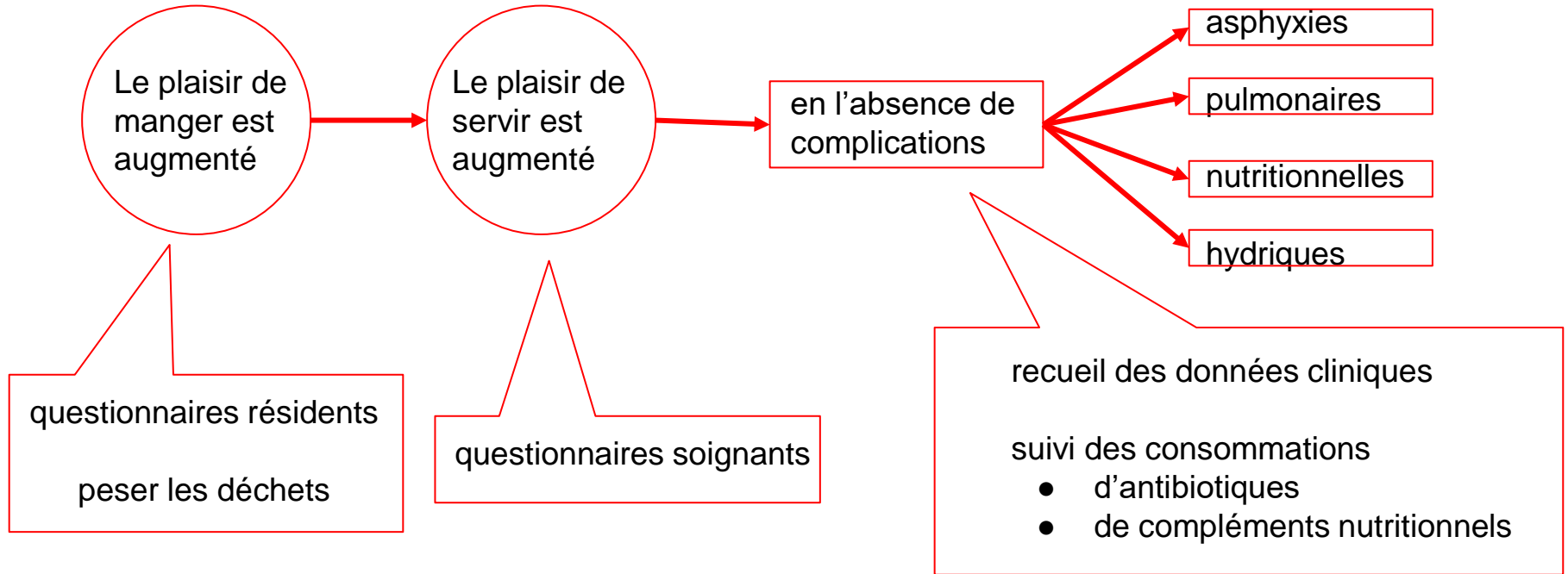


Evaluation de l'impact du plan de prévention ABC

Xavier Cormary 1, Yann Tannou 1, Emmanuelle Cugy 2-3, Michel Bras 4, Martine Culis

1. Association pluridisciplinaire de prévention de la dysphagie (APPD)
2. Service de Médecine Physique et de Réadaptation, CHU Bordeaux
3. Service de Médecine Physique et de Réadaptation, CH Arcachon
4. Le Suquet, Laguiole
5. SODEXO medico-social

Hypothèse de recherche



Résultats de recherche

8,7% des résidents des sites pilotes ont une texture mixée soit 76% de moins que dans les sites témoins.

Le plaisir de manger est augmenté

Le plaisir de servir est augmenté

en l'absence de complications

asphyxies

pulmonaires

nutritionnelles

hydriques

pas de cas

idem dans les 2 groupes

satisfaction des résidents

+ 12,05% pilotes
+ 3% témoins

consommation

92,2% pilotes
87,3% témoins

Satisfaction des soignants

+ 9,5% pilotes

dénutrition

18,7% pilotes
46,4% témoins

compléments nutritionnels

2,5 fois moins pilotes

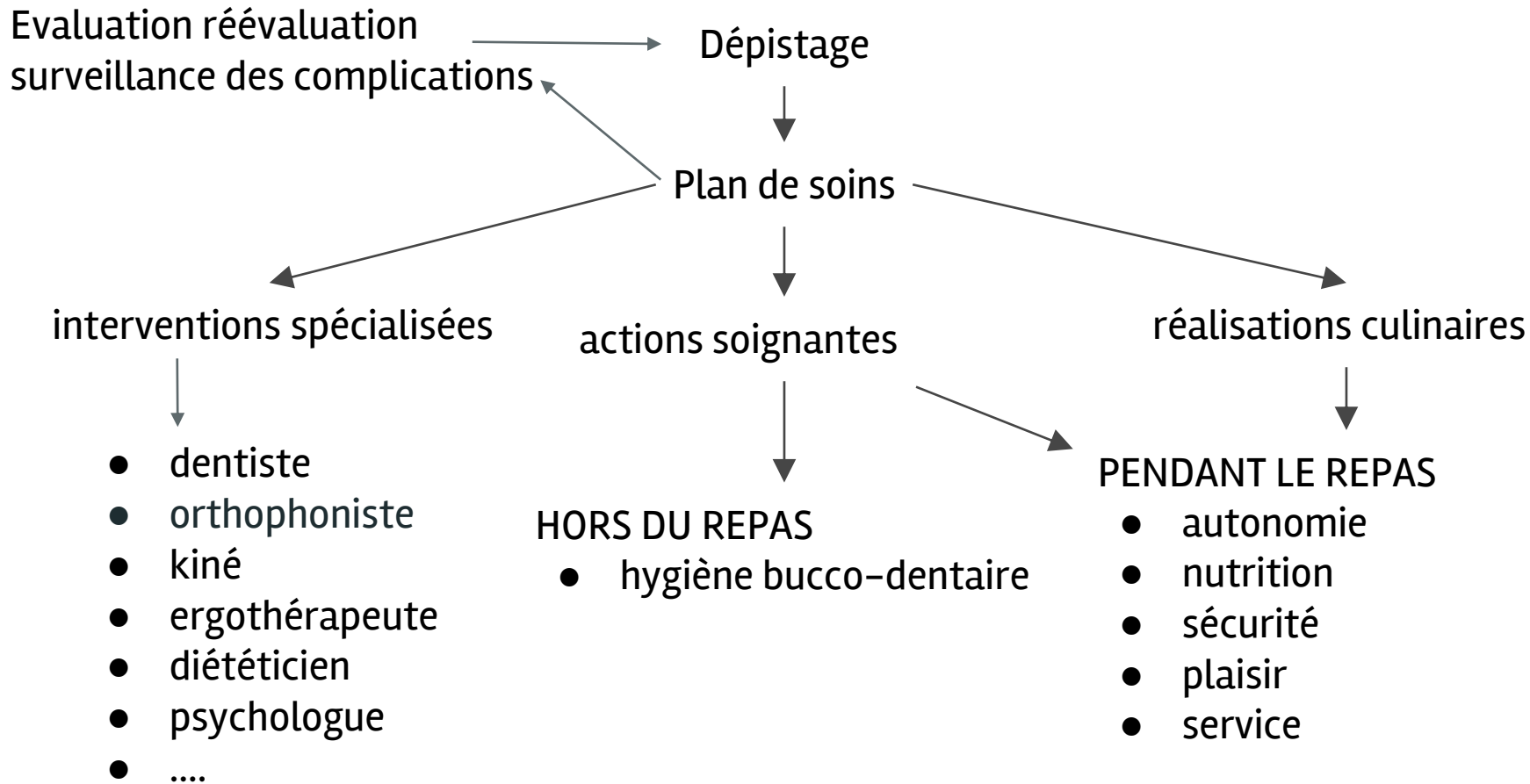
déshydratation

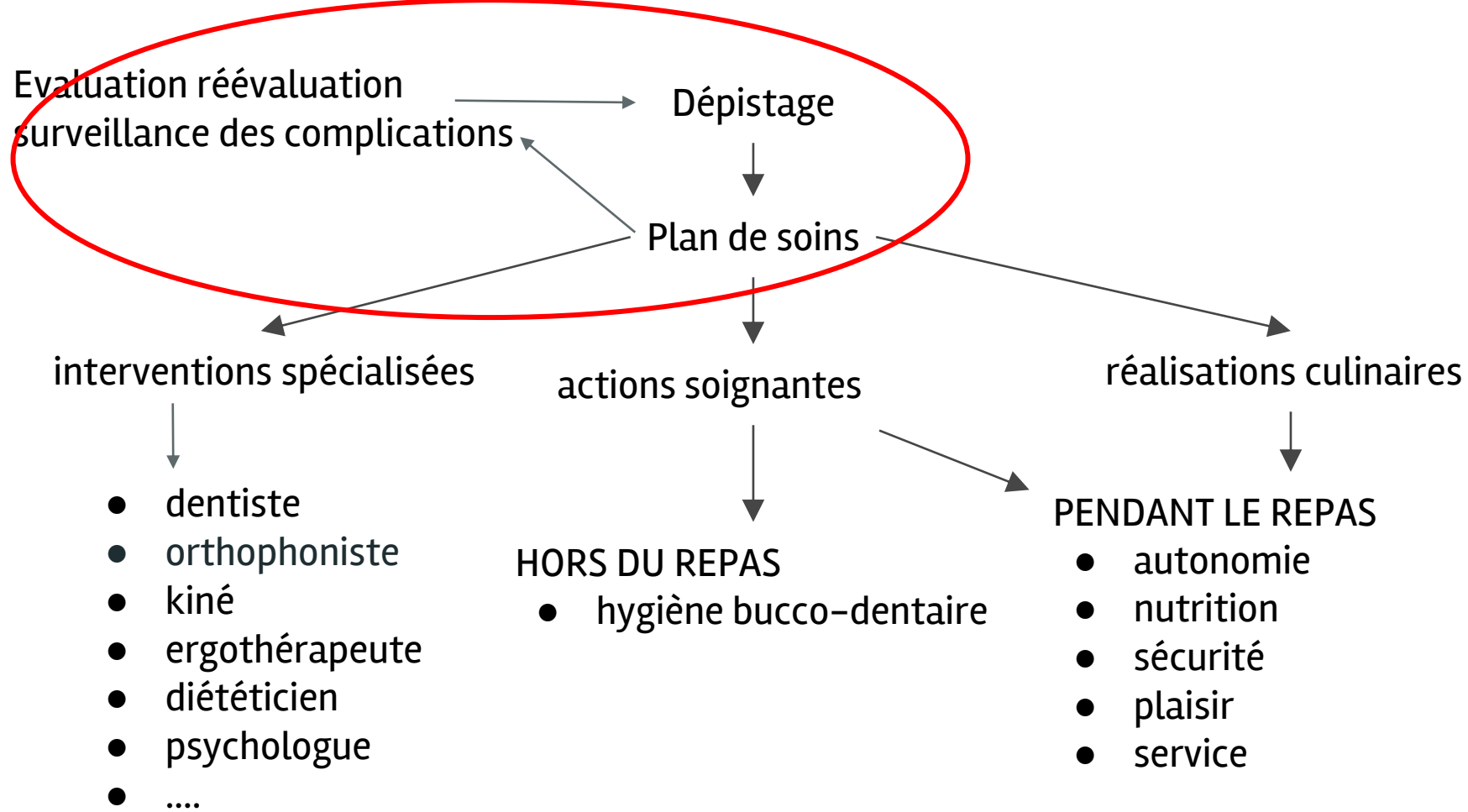
42% en moins pilotes

eau épaissie

2 fois moins pilotes

Parcours de soins du patient à risque de complications d'un trouble de la déglutition





Dépistage par questionnaire en équipe

Réponses

entourer la bonne réponse

mastication

est ce que le résident peut mâcher ? (test du gâteau sec si nécessaire)

oui

non

déglutition

est ce que le résident peut avaler ?

oui

non

nutrition

Y a t'il eu une absence de repas pendant 24 h

non

oui

hygiène bucco dentaire

l'hygiène bucco dentaire est elle satisfaisante ?

oui

non

posture

est ce que le résident est bien positionné pour s'alimenter ?
(bonne posture et pieds en appui)

oui

non

comportement

est ce que le résident mange trop vite?

non

oui

vigilance

est ce que le résident est vigilant ?

oui

non

autonomie

est ce que le résident peut manger seul ?

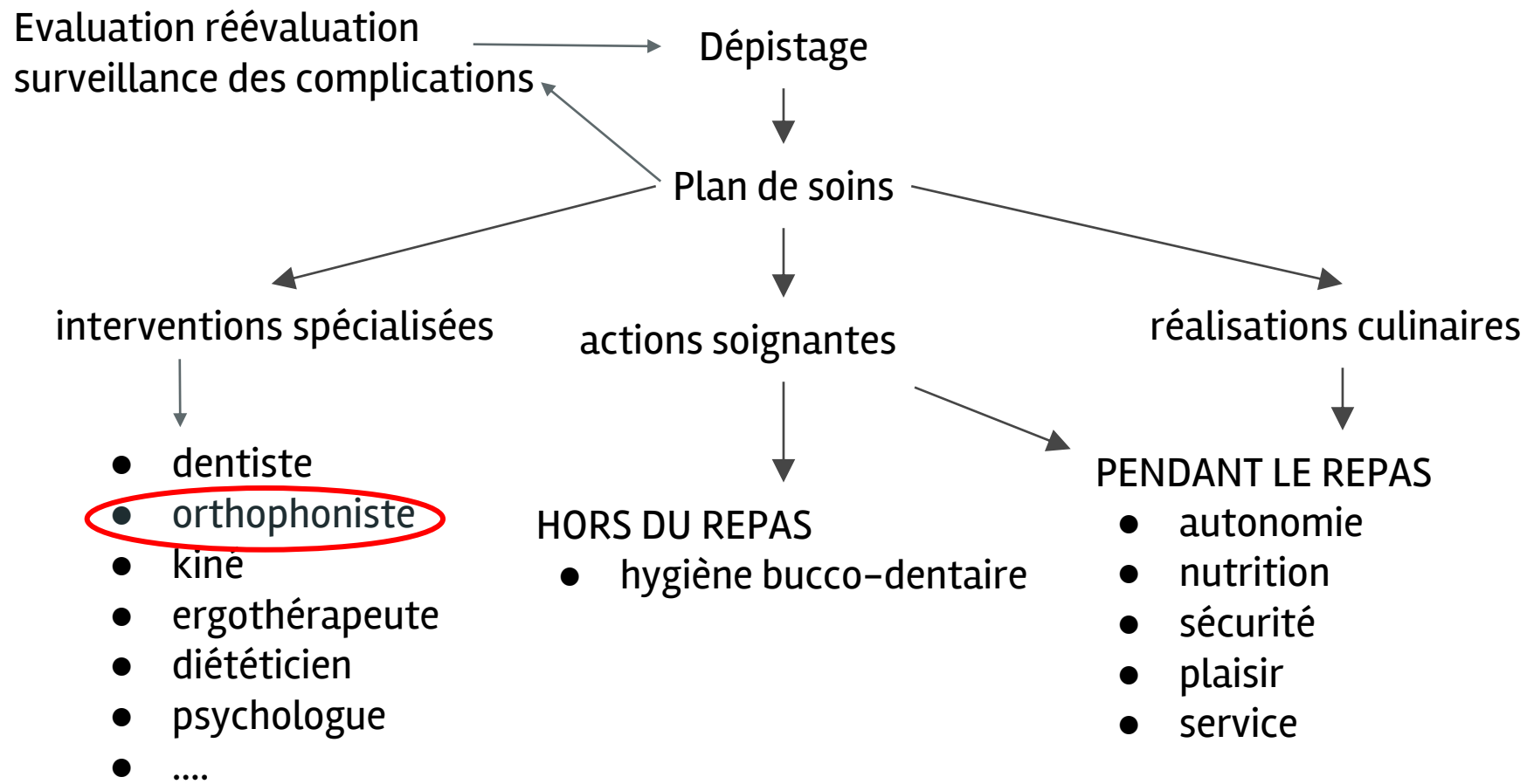
oui

non

Dépistage par questionnaire

Questions de dépistage : une réponse “non” indique un risque de complications

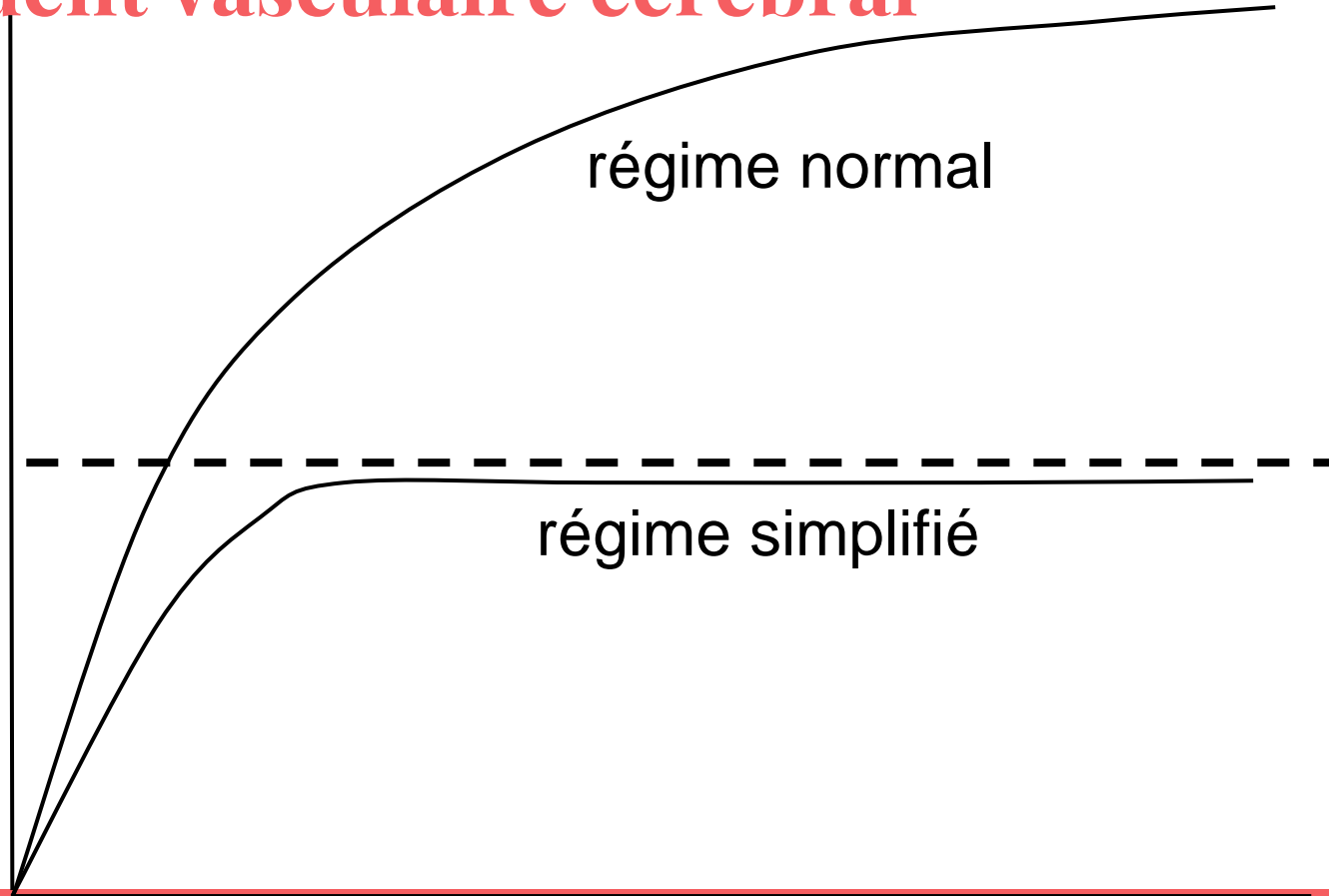
- La personne est-elle indépendante pour manger ?
- Peut elle se laver les dents ?
- Son hygiène buccale est-elle satisfaisante ?
- Peut-elle mâcher efficacement avec ses dents, ses prothèses ou même ses gencives ?
- Peut-elle s’installer correctement à table ?
- Peut elle tousser efficacement ?



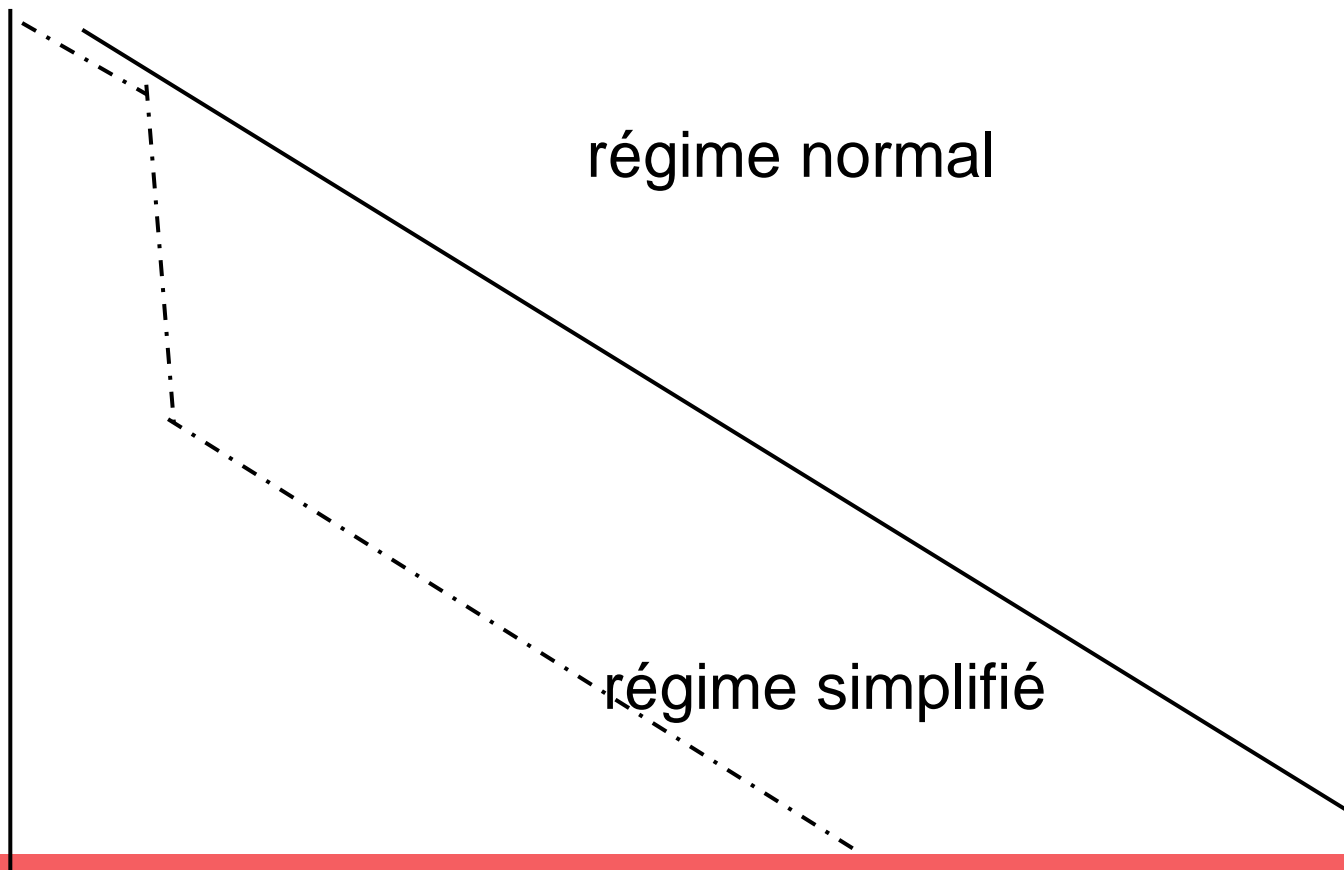
Qui fait quel examen ?

niveau de proximité au sujet âgé	1er niveau	2ième niveau	3ième niveau
action	dépistage	diagnostic	examen spécialisé
acteur	personnel soignant	orthophoniste	service hospitalier
observation	facteurs de risques de complication	Observation écosystémique de la déglutition	Observation fonctionnelle de la déglutition
Outils	Questionnaire en équipe	interactions à table résident/soignant mesure de la déglutition (collier)	examen ORL Vidéo-radioscopie Observation de repas
but	prévention	diagnostic	diagnostic spécialisé
Lieu	dans l'EHPAD		hors de l'EHPAD

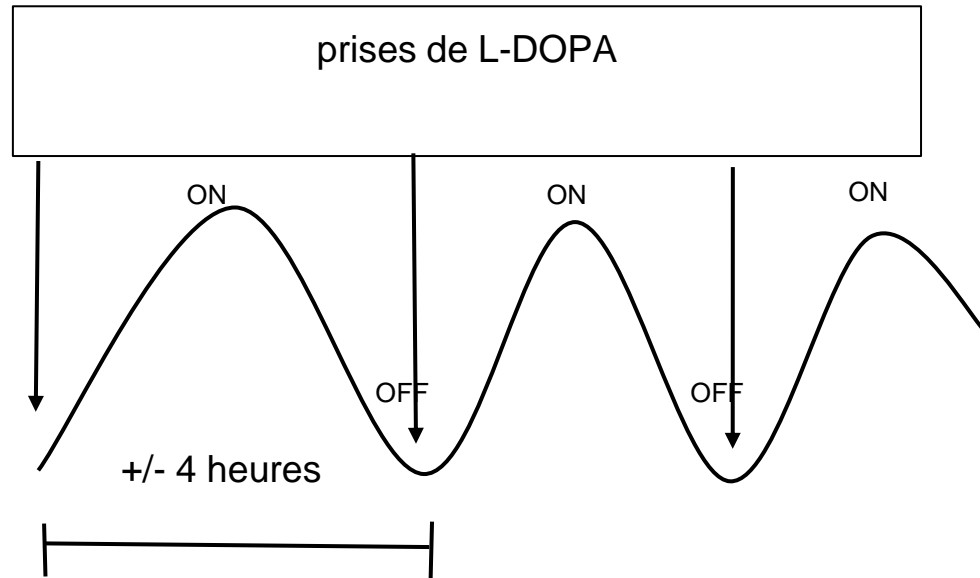
Accident vasculaire cérébral



Démences

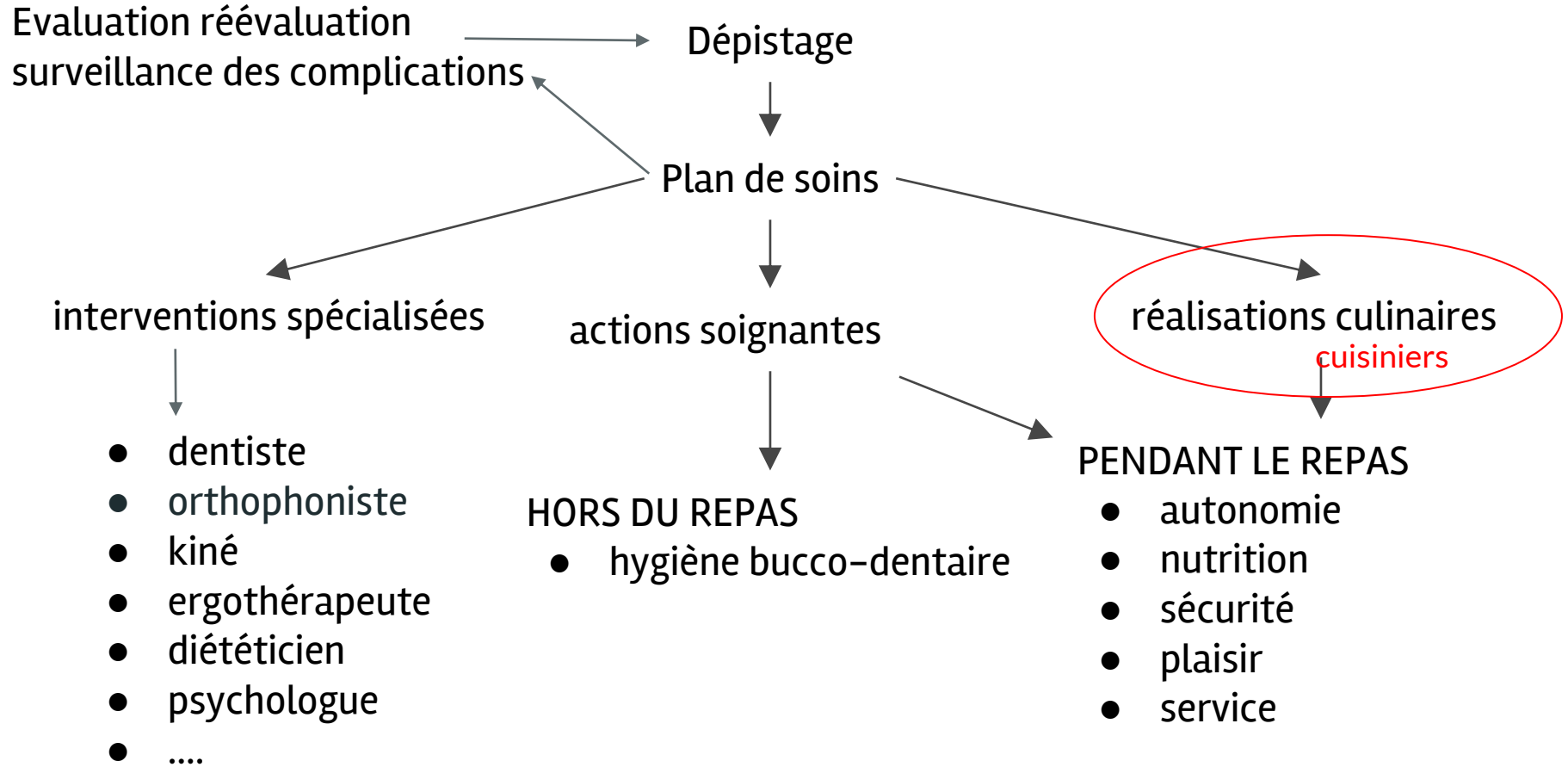


Parkinson



Phase ON : dyskynésie Phase OFF : akynésie

Parcours de soins du patient à risque de complications d'un trouble de la déglutition



FOODS

REGULAR

SOFT

MINCED & MOIST

PUREED

LIQUIDISED

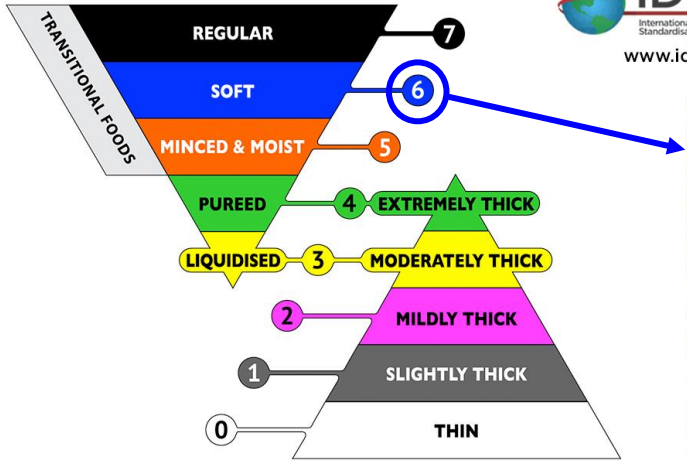
THIN

SLIGHTLY THICK

MILDLY THICK

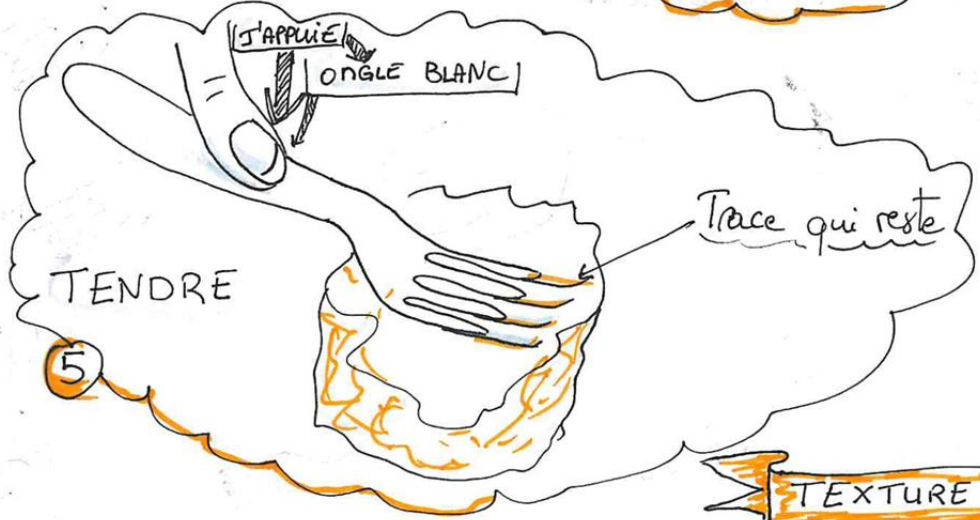
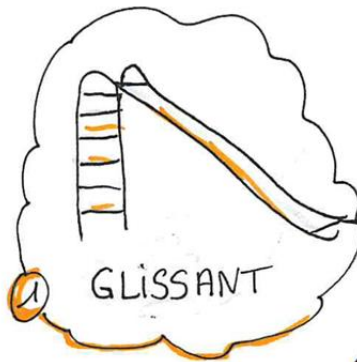
MODERATELY THICK

EXTREMELY THICK

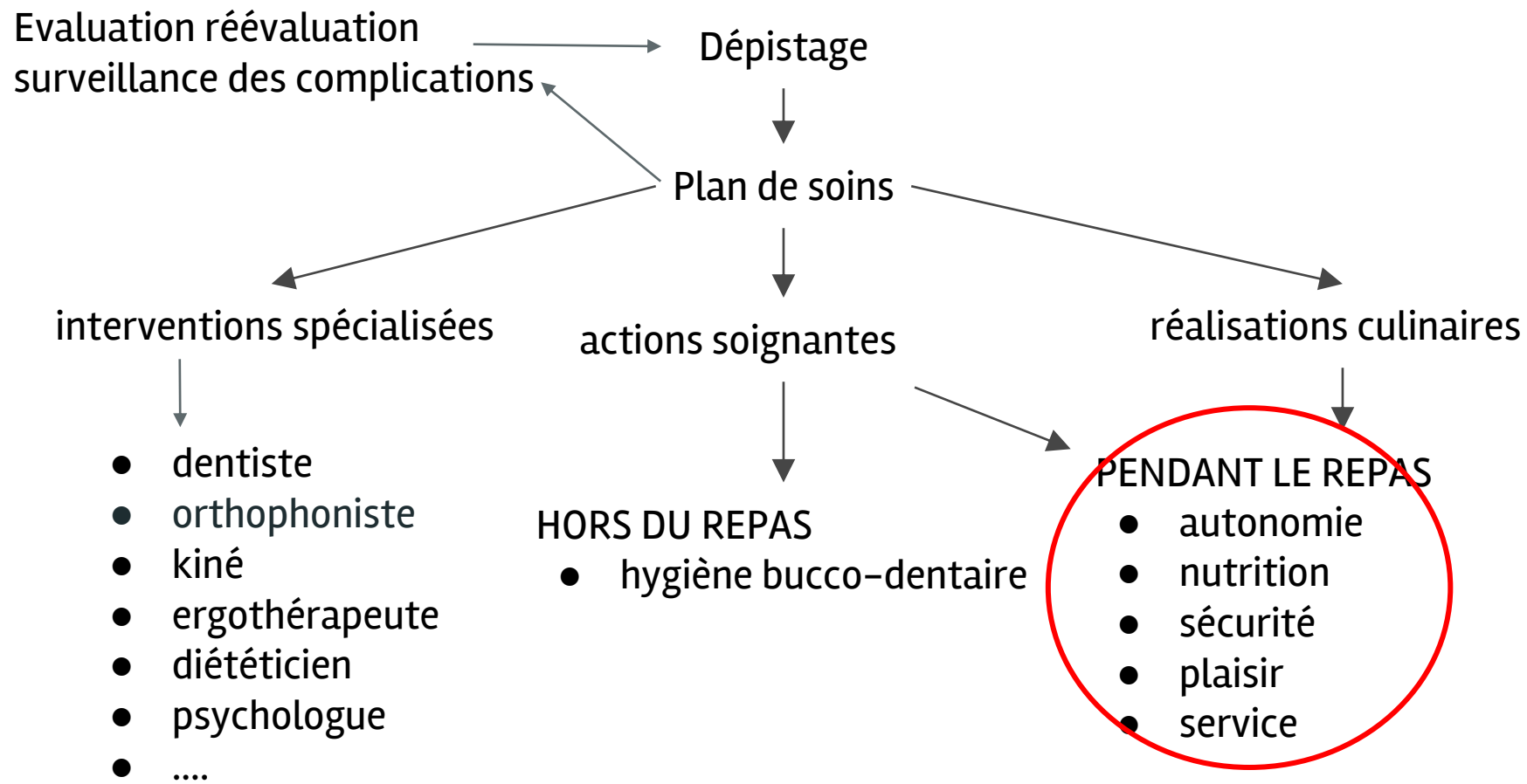


sécurité et plaisir





TEXTURE N°6 IDDSi.org



Le résident s'endort pendant le repas



On le laisse dormir

LE RISQUE DE SUFFOCATION PREVAUT SUR LE RISQUE DE SAUTER UN REPAS

Le résident présente un comportement boulimique



Lui donner la totalité du repas par petites quantités

LES RESIDENTS AUTONOMES MAIS QUI MANGENT TROP VITE SONT EXPOSES A DES FAUSSES ROUTES

Contrôler la taille des morceaux



 Le saviez-vous?

La taille des morceaux doit être inférieure à 1,5cm pour ne pas boucher le larynx.

Si les morceaux sont trop gros pour passer par le goulot d'une bouteille, il faut les recouper avant de les servir au résident et le signaler pour que la cuisine soit informée et identifie l'origine du problème .

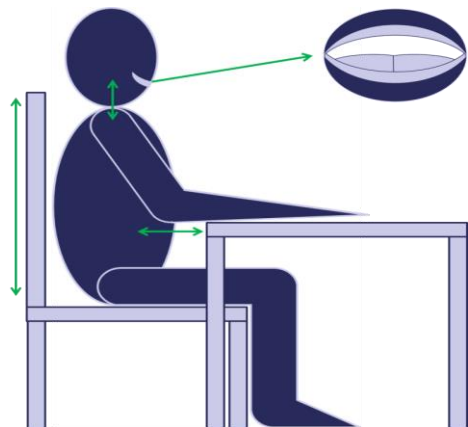
Après le repas...



Vérifier que la bouche est vide

**MEME LONGTEMPS APRES
LE REPAS UN ALIMENT
POURRAIT GÉNÉRER UNE
FAUSSE ROUTE**

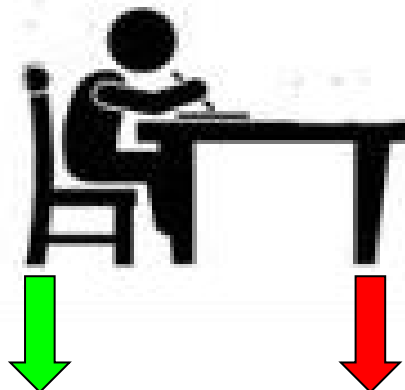
Le résident est-il bien positionné ?



Pieds : au sol ou sur cale-pieds
Tête : droite

Fesses : au fond de la chaise ou du fauteuil

Le résident peut-il faire le geste de se nourrir ?



OUI

On le laisse manger seul

NON

On aide le résident en fonction de son degré d'autonomie



Le saviez-vous?

L'aide d'un tiers pour manger expose le patient dépendant à 41 % de risque de développer une pneumopathie et à 38 % si l'hygiène buccale fait défaut.

Le résident a-t-il un appareil dentaire dans la bouche?



Le saviez-vous?

Si l'hygiène buccale fait défaut, le patient est exposé à un risque accru de 38 % de risque d'infection pulmonaire

La perte du pouvoir masticatoire multiplie le risque d'asphyxie par 1,7

La vaisselle est-elle adaptée ?



Mettre à disposition de la vaisselle adaptée lui permettant de l'aider dans la prise de son repas.

(bords d'assiette, verre à découpe nasal, cuillère à dessert,...)

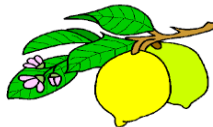
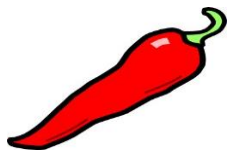
Le "Manger Main"



Plutôt que de le faire manger, il vaut
👉 mieux que le résident mange seul
avec les doigts.

Préserver les gestes pour que la
personne reste autonome le plus
longtemps possible

Le résident a-t-il des assaisonnements à sa disposition ?



Le saviez-vous?

Augmenter les stimuli sensoriels (citron, piment, poivre, etc...) pour augmenter l'efficacité de la déglutition est une perspective innovante dans la prévention

Le résident mange lentement, a du mal à finir son repas



Priorité aux protéines, plutôt qu'aux légumes



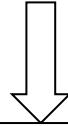
- Est-il fatigué ? (mauvaise nuit, prise de médicament)
- Est-ce récurrent ?
- Son appareillage le fait-il souffrir ?

Dans tout les cas, le signaler pour avis médical.

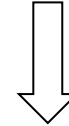
Le tri intra buccal



2 possibilités



Donner de la
texture mixée
lissée mais
déprivations
sensorielles



Augmenter les
stimulations dans
la bouche comme
avec des frites
qui croustillent



Le saviez-vous?

A l'origine, c'est une réaction normale que nous avons tous, qui est régie par un réflexe d'anticipation du cerveau.

Le résident a-t-il eu
connaissance du menu ?



Lire le menu

Faire participer



Voir les gestes sur le menu

Étapes du plan de prévention ABC

ENGAGER LES ÉQUIPES	1.évaluation des pratiques professionnelles
	2. formations coordonnées
DONNER À MANGER	3.actualisation les prescriptions de textures
	4.servir les recettes cohérentes aux résidents
COMMUNIQUER	5.informer les familles
	6.impliquer les médecins et les paramédicaux extérieurs
EVALUER	7.recueillir des données
	8.ajustements trimestriels