

Constat et conséquences des glissements de texture pour un motif sécuritaire, sur le bien être et l'état nutritionnel des résidents en EHPAD suite au confinement en chambre, et des difficultés pour un retour à la texture antérieure

DIU Déglutition 2019 2020

Présentation du contexte

.EHPAD de 120 résidents sur 3 niveaux de 40 lits : unité fermée Alzheimer, SMTI et EHPAD

.Service de repas hors période COVID

-Salle à manger le midi avec chariot adapté : surveillance de l'ensemble des résidents, incitation à manger facilitée

-Service en chambre le soir pour les résidents plus fatigués, avec un chariot adapté de 20 places

.Début mars, suite aux risques liés à la COVID, l'ARS Grand-Est demande l'arrêt des visites et le confinement en chambre des résidents, donc prise des repas en chambre midi et soir.

Conséquences organisationnelles de ce confinement

.Chariot de repas devient inadapté : 40 plateaux pour 20 places

.Augmentation de la charge de travail du personnel à cause des mesures barrières et du service en chambre

.Il est devenu impossible de surveiller les résidents semi autonomes mais dysphagiques

Solution : le glissement des textures répond favorablement à ces 3 difficultés

- Transformation d'une texture hachée ou moulinée en texture mixée
 - Favorise une augmentation de surface (produits empilables)
 - Favorise la vitesse de prise des repas
 - Est bénéfique au résident car il y a une meilleure sécurisation du résident ou du moins c'est ce qui est supposé.

La texture hachée

- Consommée à la fourchette
- Nécessite de la mastication avant déglutition
- Peut contenir des plats ou produits où le liquide peut se séparer des solides
- Peut contenir des aliments râpés, filandreux, friables donc non cohésifs
- Peut parfois contenir des aliments tendres mais non coupés en cuisine en morceaux $< 1,5$ cm, donc à risque si non recoupés dans le service
- Ne correspond donc pas à la texture 6 de l'IDDSI bien qu'étant la plus proche
- Par contre, menus assez diversifiés, plaisants peu restrictifs

La texture moulinée

- Est consommée à la cuillère
- Présence de grumeaux facilement écrasables
- Sans aliments dispersifs, ni filandreux
- Ne nécessite pas d'être croqué
- Nécessite une mastication minimale
- La force linguale suffit pour écraser les petites particules tendres
- La force linguale doit être présente pour déplacer le bolus

Texture moulinée (bis)

.Elle correspond aux principes de la texture 5
IDDSI

.Sauf qu'il peut subsister une sauce qui se liquéfie
ou une purée ou autre plat mou mais collant

.Du pain de mie (trop sec) peut être servi

.Menus nettement moins diversifiés avec
modification importante du ressenti sensoriel : des
viandes = produits prêts à l'emploi et des sauces
qui doivent convenir à tout le monde donc peu
stimulantes gustativement

La texture mixée

- Consommée à la cuillère
- Ne nécessite pas de mastication
- Sans grumeaux
- N'est pas adhérente, mais glissante et cohésive
- Le liquide et solide ne se séparent pas
- Ne nécessite pas un contrôle lingual important
- Nécessite moins de force de propulsion
- Texture qui répond au descriptif IDDSI n°4

Texture mixée (bis)

• Par contre, menus très monotones non diversifiés : utilisation d'une gamme de plats modifiés prêts à l'emploi, standardisés avec un impact sensoriel très altéré malgré les efforts des fabricants tant sur le gustatif mais aussi sur le visuel (barquettes plastiques). Le stimuli olfactif est complexe avec les produits prêts à l'emploi car le désoperculage des barquettes engendre un dégagement d'odeurs très intense mais plutôt négatif

Conséquences des glissements

- Moins de diversité de plats, donc risque élevé de lassitude, avec un impact négatif sur l'envie de manger
- Moins de stimuli sensoriels au niveau visuel : peu de couleurs différentes, ...moins de ressenti en bouche avec la texture mixée...les goûts sont plus estompés
- Petit déjeuner perd aussi de son attrait avec les céréales lisses dans la boisson chaude
- Des aliments en moins : le pain, des gourmandises entre les repas.... mais aussi les apports des visites
- Donc les apports énergétiques peuvent être très amoindris

Conséquences directes délétères pour le résident

- Moins de temps pour le personnel pour stimuler le résident (pas de description de menu ou la composition du plat)
- Difficile de prendre en compte le rythme des résidents (pour mastiquer correctement, pour avaler complètement) risque de FR après le repas si stases buccales, risque de ne pas terminer son repas
- Donc risque d'une réduction des apports énergétiques
- Le plaisir de manger est limité
- Risque de dégradation nutritionnel avec baisse

Conséquences liées à la dénutrition

- Altération de l'état général avec fatigue
- Diminution de la masse musculaire et augmentation du risque de chute donc de fracture
- Troubles digestifs (constipation)
- Aggravation du pronostic des pathologies
- Risque de toxicité accrue de certains médicaments
- Diminution de la réponse immunitaire
- Risques cutanés : escarres
- Dégradation des fonctions cognitives

Conséquences (suite)

.Fragilisation, perte d'autonomie et éventuellement une grabatisation des résidents (cf spirale de la dénutrition)

.En résumé on aboutit à une diminution de la qualité de vie des résidents

DIU Dénutrition 2019 2020

Cas de patient

- Mr H. 72 ans, entrée en EHPAD car maintien à domicile impossible du à des troubles cognitifs avec dépendance importante vis à vis de son épouse.
- ATCD : diabète et AVC ischémiques D et G cérébelleux
- Au niveau neurologique : pas de déficit sensitivo-moteur, marche instable avec troubles de l'équilibre,
- le diagnostic de démence à corps de Lévy a été posé
- Sur le plan cognitif : fonctions altérées avec un patient ralenti, discours pauvre, mais pas de dysarthrie, ni d'aplasie.

Cas de patient (suite)

- Poids d'entrée (18/03/20) : 75,5kg, IMC=26,1, albuminémie=37g/l ; état nutritionnel correct ; mange en texture hachée
- Poids en mai 76,8kg
- En juin, état fébrile, pb respiratoire (étiologie non connue) avec dégradation de l'état du patient : perte d'appétit et difficultés à prendre ses repas, réduction des apports alors que les besoins étaient augmentés, mis en texture moulinée
- Fin juin : poids=69,2kg, -7,5kg soit -9,9% en 1 mois, IMC=23,9 ; alb=29g/l, CRP=46, apparition d'escarres sacrum et talon, patient dénutri

Cas de patient (suite)

• Juillet : transfert en SMTI, non pesé, mis en texture mixée pour soit disant sécurisation ; cs diet le 10/07 : demande à un retour à une texture plus appropriée + PM de CNO spécifiques escarres + augmentation des apports au Pdèj

• Août : P=64,2 kg, - 5kg en 2 mois, IMC=22,2, nouvelle cs diet demandée par le médecin, de nouveau il est demandé de revoir la texture (tj en mixée) + enrichissement des plats + CNO en +

• 01/09 : test de déglutition par le médecin : mis en texture hachée sans évolution progressive

Cas de patient (suite)

- 13/10 : par tél j'apprends qu'au début c'était difficile, voire risqué car n'avait plus mâcher ses aliments depuis juin, mange mieux depuis début octobre et sans aide, ne veut pas de potage mais consomme du pain de mie
- Depuis retour à un Pdèj traditionnel avec café au lait, biscottes beurrées
- Nette amélioration de son état, mange seul, prend plaisir à prendre ses repas et prend du poids : 67,1 kg en oct
- En résumé, nette amélioration de son état nutritionnel et de sa qualité de vie

Conclusion

- Ces glissements de texture, effectués dans l'urgence de la situation pour répondre à diverses priorités, pouvaient être acceptables sur un temps relativement court mais malheureusement perdurent en SMTI.
- Glissement délétère sur le plan nutritionnel, et qui ne serait pas si sécuritaire, puisque une texture modifiée « serait présente dans 61% des cas de mort par asphyxie par obstruction chez les sujets de plus de 60 ans »(5)
- Les médecins n'en ont pas connaissance
- L'encadrement est au courant mais n'a pas la perception du niveau des conséquences néfastes pour les résidents.

références

- .(1) : traduction française janvier 2018, par le groupe de travail ERU 42 LURCO : V. RUGLIO, M. GIROD-ROUX, A. ACHER, orthophonistes, de « International Dysphagia Diet Standardisation Initiative »
- .(2) SFNCM : recommandations « sur les alimentations standard et thérapeutiques chez l'adulte » en établissement de santé, MF.VAILLANT et al. (2019)
- .(3) HAS. Stratégie de prise en charge en cas de dénutrition protéino-énergétique chez la personne âgée 2007 qui sera prochainement revisitée (comme cela a été fait en nov 2019 pour l'enfant et l'adulte)
- .(4) la dysphagie : un syndrome gériatrique de T. Pepersack, G. Maes, S. Allègre, JP. Praet
- .(5) Américan journal of preventive médecine 2005