# **PROTOCOLE DE PREVENTION DES TROUBLES DE DEGLUTITION EN EHPAD**

Version 2

## Présentation

**Ce protocole de prévention** a pour objectifde prévenir les complications liées aux troubles de la déglutition en EHPAD : la dénutrition, la déshydratation et les fausses routes, en améliorant la qualité des soins et la sécurité des résidents. Il est axé sur le dépistage et la prise en charge des difficultés alimentaires.

Il propose :

**Un outil de dépistage** : Le questionnaire MEOF II, validé pour les personnes âgées, permet d'identifier les résidents nécessitant une évaluation plus approfondie de leurs capacités alimentaires (posture, mastication, déglutition, performance et appétit).

**Des fiches actions** : 23 fiches actions détaillent les interventions à mettre en place en fonction des problèmes identifiés par le MEOF II. Ces fiches couvrent un large éventail de situations, allant des difficultés de positionnement à table aux troubles de la mastication et de la déglutition.

**Des recommandations pratiques** : Le document fournit des conseils concrets pour les soignants sur la posture, l'aide à l'alimentation, le choix des textures, etc. Il met l'accent sur l'importance de l'autonomie et du choix du résident.

**Des arguments scientifiques** : Chaque fiche action est étayée par des arguments théoriques et des références scientifiques pour justifier les interventions proposées.

## **Outils de conception :** Plan de soins et chemin clinique

| Documents de référence : | Etapes de la démarche |
| --- | --- |
| Les travaux de Thérèse Psiuk sur Plan de soins type et chemin clinique.[[1]](#footnote-0) | Définir un groupe homogène de patients |
| Le mémoire de Elisabeth Créteur « Le chemin clinique, un parcours soigné/soignant concourant à une sécurité et une qualité de soins »[[2]](#footnote-1) | Analyse selon le modèle clinique trifocal |
| Les publications de la HAS.  Chemin clinique : guide méthodologique [[3]](#footnote-2)  Chemin clinique[[4]](#footnote-3) | Définir les items du plan de soins type |
| Construire un chemin clinique |
|  |

## **Définition du groupe homogène de patients :** Tous les résidents d’EHPAD

Question : Faut il exclure ou pas les résidents sarcopéniques ?

* Il ne s’agit pas pour eux de prévention car ces résidents présentent une faiblesse musculaire qui retentit sur la déglutition. Ils présentent une dysphagie sarcopénique[[5]](#footnote-4) caractérisée par :
  + Une dysphagie
  + une mastication trop faible (pour la texture à macher IDDSI 6)
  + une toux trop faible pour dégager les voies aériennes
  + une posture assise inadaptée
  + une fatigabilité au décours du temps de repas
* La prise en charge combine une t**hérapie nutritionnelle intensive** associée à de l’orthophonie et de la kinésithérapie pour renforcer les muscles impliqués dans la déglutition et la posture
* Toutefois, il reste possible de les identifier avec l’outil de dépistage MEOF II.
* Je pense ne pas les exclure pour simplifier la définition du groupe homogène de patients, au risque de compliquer le chemin clinique

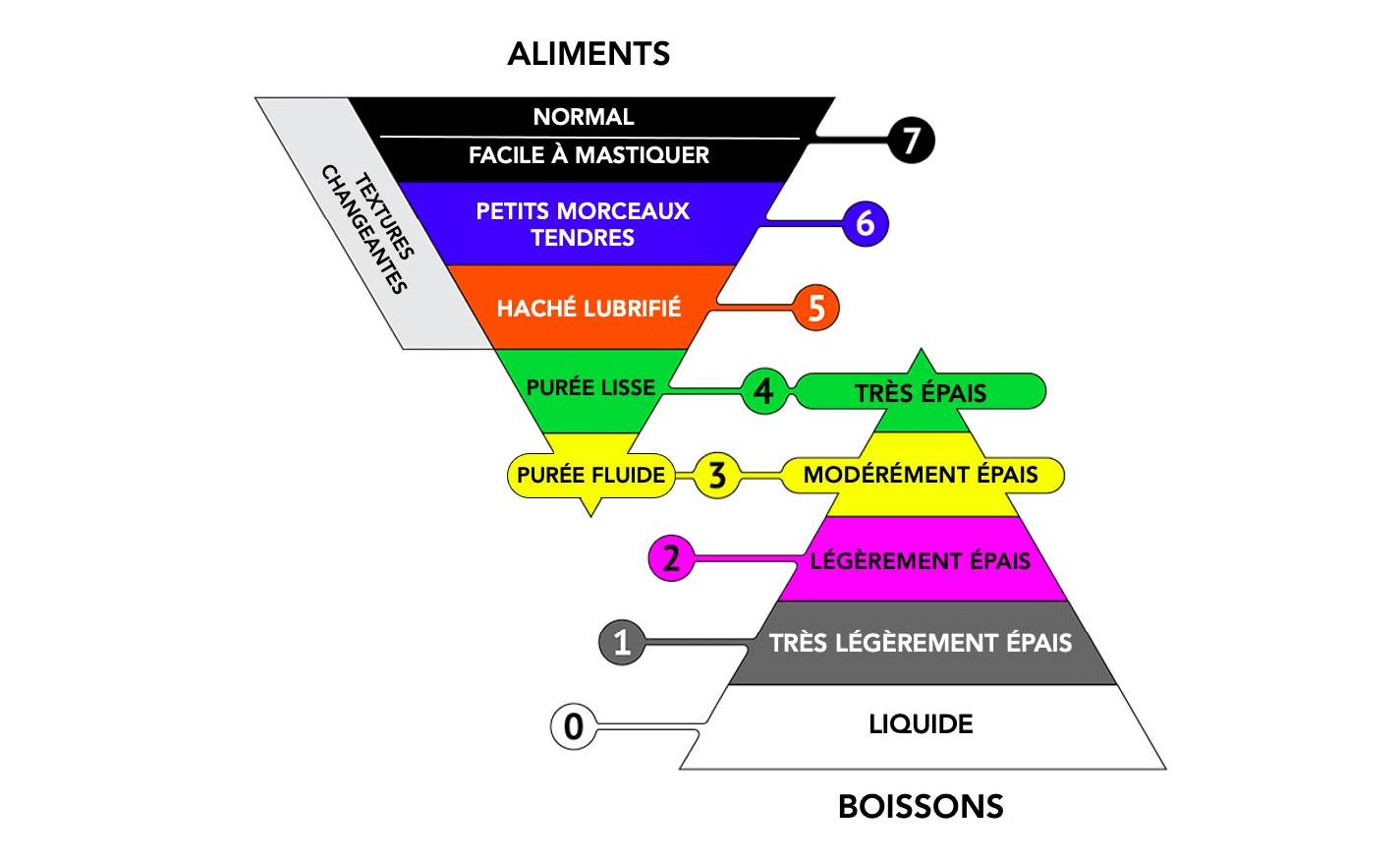
Il est possible d’exclure les patients sarcopéniques du groupe de patients bénéficiant d'un programme de prévention, pour en faire un autre groupe homogène de patients, qui bénéficiera d’un autre programme, tel que décrit ci dessus. Dans ce cas, il sera nécessaire de dépister la sarcopénie AVANT de réaliser le MEOF II, ce qui veut dire en pratique faire des tests de force de préhension (Grip Test). Il est déjà difficile de peser mensuellement les résidents, il sera difficile de faire réaliser un Grip Test. Toutefois, le Grip Test permet aux soignants qui le réalisent une prise de conscience immédiate des capacités musculaires du résident et de faire le lien facilement avec les problèmes de déglutition.

## **Définitions** :

**Fausse route:** Une fausse route se produit lorsqu'un corps étranger (aliment, liquide, mucosité, salive, objet) pénètre dans les voies respiratoires au lieu de passer dans l'œsophage. Elle peut être grave ou sans danger.

**Fausse route asphyxiante**: Une fausse route asphyxiante est une fausse route qui obstrue les voies respiratoires, empêchant l'air de passer et provoquant une asphyxie. Une étude rétrospective sur le décès par fausse route de 200 patients en Autriche indique que 61% des sujets de plus de 65 ans sont morts étouffés par une texture hachée ou mixée

**Obstruction des voies aériennes**: Une obstruction des voies aériennes est un blocage du passage de l'air, qui peut être causé par une fausse route ou un œdème, une infection ou une autre condition médicale. L'obstruction des voies aériennes peut entraîner une asphyxie.

**IDDSI** : c’est l'acronyme de "International Dysphagia Diet Standardisation Initiative". Il s'agit d'un cadre international standardisé pour fournir un langage commun et des définitions claires pour les textures des aliments et des liquides afin d'améliorer la sécurité et les soins des personnes dysphagiques.L'IDDSI classe les aliments et les liquides en niveaux de difficulté de déglutition, de 0 à 7[[6]](#footnote-5) : 

**Texture IDDSI 6** : Morceaux Intéressants A Mâcher, acronyme retenu chez EMEIS pour nommer la texture niveau 6 l'IDDSI (petits morceaux tendres)

| **5 caractéristiques** | Une image contenant texte, clipart, dessin, dessin humoristique  Description générée automatiquement |
| --- | --- |
| petits morceaux de 1,5 cm maximum en bouche |
| Lubrifiés et glissants |
| Le liquide et le solide ne se séparent pas |
| Ils forment une masse cohésive et ne s'effritent pas et miettes |
|  |
| **Consommation** |
| La mastication est nécessaire avant la déglutition mais ils sont faciles à mâcher |
| ils peuvent être consommés à la fourchette, être écrasés / broyés avec une fourchette |
| Un couteau n’est pas nécessaire pour couper ces aliments, mais peut être utilisé pour aider à charger la fourchette ou la cuillère |

Lien youtube de démonstration de l’écrasement :<https://www.youtube.com/watch?v=1wfODug5BmQ>

**Texture mixée :** C’est le nom retenu chez EMEIS pour nommer la texture niveau 4 l'IDDSI (purée lisse)

| **6 Caractéristiques** |
| --- |
| Peut être passé dans une poche à douille pâtissière, étalé en couche ou moulé car il conserve sa forme |
| Bouge très lentement sous l'effet de la gravité mais ne peut être versé |
| Tombe en un bloc d’une cuillère et conserve sa forme dans une assiette |
| Sans grumeaux |
| Non adhérent |
| Le liquide et le solide ne se séparent pas |
| **Consommation** : |
| * Ne peut pas être bu au verre car il ne s’écoule pas facilement. |
| * Ne peut pas être aspiré à la paille. |
| * Ne nécessite pas de mastication. |
| * Habituellement consommé à la cuillère (possible à la fourchette). |

Lien youtube de démonstration : <https://www.youtube.com/watch?v=QgzlEAPZKy8>

# **Modèle clinique trifocal**

| **signes et symptômes des pathologies, déficiences ou situation de dépendance :** | **Risques de complications liées à la pathologie et aux effets secondaires des traitements**  **Pas de signe puisque ce sont des risques** | **Réactions humaines physiques et/ou psychologiques**  **du patient, de sa famille**  **Réactions humaines des soignants** |
| --- | --- | --- |
| **Notions intégrées dans le chemin clinique** | | |
| Toux aux liquides  Toux aux solides  Maintien prolongé des aliments en bouche  difficulté à initier le geste de déglutition ou plusieurs gestes de déglutition  stockage alimentaire dans les joues  Fuites alimentaires par la bouche  bavage  faiblesse du tonus musculaire  anorexie, perte de poids  déshydratation  dénutrition  allongement de la durée du repas  fatigabilité  mastication excessive | Risque de fausses routes  Risque de dénutrition  Risque de déshydratation  Risque d’asphyxie | S’endort à table  Mâchonne  Trie intra buccal |
| **Notions à inclure dans le chemin clinique** | | |
| asphyxie (quoi, comment, où) | Risque de pneumopathie (OHAT)  Risque médico-légal d’écrasement des médicaments | La famille apporte des aliments inadaptés  Peur des soignants de la fausse route  Résidents qui déambulent et ne s’assoient pas à table)  Personnes qui se lèvent entre 2 plats ou se lève, s’assoit...  Perte d’usage des couverts  Personne qui «jouent» avec la nourriture (terme parfois employé par les soignants) => comportement à décrypter..., ce n’est pas un argument pour donner du mixé car ce serait une perte de chance  Refus de certains aliments, trop durs, trop froids, etc..  Personnes qui se lèvent entre 2 plats ou se lève, s’assoit... => ne pas les contraindre car ce serait une perte de chance |
| **Notions non retenues dans le chemin clinique** : difficiles à analyser à l’échelle soignante ou trop subjectives | | |
| toux immédiate ou différée  Encombrement  Voix mouillée  désaturation à répétition  Blocage alimentaire dans la gorge  Gêne pour avaler  douleur à la déglutition  Episodes fébriles inexpliqués  écoulement nasal  passage alimentaire/d’hydratation par le nez  haussement des épaules durant la prise alimentaire  régurgitation, vomissement |  | refus de passer à table |

Fiche action 1 : Dépistage et analyse

## Le MEOF II est un questionnaire de dépistage des difficultés de prise alimentaire.

| Intervention sur décision collective des soignants | Intervention non justifiée sans prescription | Interventions sur prescription médicale | | Résultats attendus |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Remplir le questionnaire de dépistage MEOF II en équipe pluridisciplinaire en présence des aides-soignantes et les IDE  Analyser les problèmes identifiés à l’aide de la [fiche action 2](#_288cbkvm69co) | Changement de texture sans réalisation du questionnaire de dépistage MEOF II |  | | Dépister les troubles de déglutition  Orienter le choix des soins nécessaires ((posture, aide technique, texture, accompagnement…)  les difficultés de prise alimentaire ? |
| Argumentation théorique et fondements scientifiques : | | | Codage PATHOS S1 si au moins un problème est identifié | |
| Le MEOF-II est un outil de dépistage global qui permet d'identifier les personnes nécessitant une évaluation plus approfondie de leurs capacités alimentaires. Il correspond bien aux ressentis des soignants. Il n’évalue pas spécifiquement le risque de pénétration/aspiration.[[7]](#footnote-6) | | | | |

## Diagramme du le dépistage ?

Une image contenant texte, capture d’écran, diagramme, Police

Description générée automatiquement

## **Remarque sur le dépistage avec le questionnaire MEOF II**

| Pourquoi le choix de cet outil ? | Quand le réaliser ? |
| --- | --- |
| Validé pour la population gériatrique[[8]](#footnote-7)  Traduit en français[[9]](#footnote-8) selon les normes scientifiques[[10]](#footnote-9)  C’est le seul outil de dépistage publié qui s’intéresse à 3 domaines distincts lors du repas  - posture et geste alimentaire  - mastication et déglutition  - performance et appétit | sur alerte d’un membre du personnel  dans la première semaine d’arrivée du résident dans l’EHPAD  tous les ans pour les résidents sans trouble identifié  Tous les 3 mois pour les résidents avec trouble identifié |
| Comment le réaliser ? | A quoi sert il ? |
| Questionnaire rempli en équipe par les aides-soignantes et les IDE  Basé sur l’observation des repas ordinaires par les soignants  Nécessite un apprentissage réduit pour être utilisé  Il ne nécessite pas de réaliser de test particulier auprès du résident  Il ne nécessite pas de temps soignant auprès du résident | permet de déterminer si une personne a besoin d'une évaluation plus poussée de ses capacités alimentaires selon trois aspects clés :  Sa posture et ses gestes lors des repas.  Sa capacité à mastiquer et à déglutir.  Son appétit et sa performance alimentaire. |

## Aide pour remplir la Grille AGGIR et la coupe PATHOS

| **Grille AGGIR** | |
| --- | --- |
| transfert | Alimentation |
| Problèmes identifiés de dépendance pour la posture à table ligne A1 | Problèmes identifiés de dépendance pour le geste alimentaire lignes A2 et A3 du MEOF II) |
| **Coupe PATHOS** | |
| Syndromes digestifs hauts | |
| Codage S1 | Codage T2 |
| Tout problème identifié à l’un des items du MEOF II, définit par *la réalisation d’un dépistage, suivi de la prise en charge adéquate (ex le choix de texture), surveillance des prises orales, une position assise pour les repas, sous la responsabilité de l’IDE[[11]](#footnote-10)* | Certaines actions décrites dans les fiches actions : *les fausses routes documentées dans le dossier médical ont présenté des critères de gravité tels que la présence de l’IDE a été requise pour la prise en charge aiguë, et la présence du médecin pour confirmer le diagnostic et mettre en place les mesures préventives.[[12]](#footnote-11)* |
| Dénutrition | |
| la texture IDDSI 6 a pour objectif de prévenir la dénutrition. Codage S1 : *Le diagnostic de dénutrition est fait et le traitement consiste en une* ***alimentation améliorée*** *et/ou plus abondante et/ou enrichie et/ou fractionnée par la cuisine+++. Par extension, la prévention de la dénutrition chez un malade à risque identifié et tracé, mais ne répondant pas encore aux critères de la HAS[[13]](#footnote-12)* | |

# Fiche action 2 : Analyse les problèmes mis en évidence au dépistage avec le MEOF II

## **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

*Pour la réponse NON :*

* la personne a un problème pour s’asseoir et maintenir la position assise durant le repas entier sans glisser

[Fiche action 3 : Dépendance pour la position assise p](#_1w64og5jjnii) 6

* Il est impossible d’installer la personne en position assise, même avec des aides techniques

[Fiche action 4 : Position assise impossible p](#_hd1cn72s6na2) 7

* Autre problème

## **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

*Pour la réponse NON :*

* La personne a un problème pour gérer seule les aliments dans l’assiette

[Fiche action 5 : Dépendance pour gérer le repas p](#_fiml4fanug5v) 8

* La personne a un problème pour découper seule les aliments avec ses couverts

[Fiche action 6: Dépendance pour couper les aliments p](#_8f9epfl9efat) 9

## **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)
* *Pour la réponse NON :*
* La personne a des difficultés pour porter seule les aliments et les boissons à la bouche

[fiche action 7 : Dépendance pour réaliser le geste pour se nourrir p 10](#_meisp65dkavr)

* Il est impossible pour la personne de porter seule les aliments et les boissons à la bouche

[fiche action 8 : Impossibilité de réaliser le geste pour se nourrir p](#_cmza549u8v6l) 11

## **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

*Pour la réponse NON :*

• La personne mange trop vite, ne mâche pas suffisamment, remplit trop la bouche ou avale de trop grandes bouchées

[Fiche action 9 : précipitation pour manger p 12](#_1w3xmeft9jo8)

• La personne accumule des aliments dans la bouche (mâchonne, garde en bouche, recrache)

[Fiche action 10 : Mâchonnement, tri intra-buccal p 1](#_8y4z3gow342v)3

• Même avec la texture IDDSI 6, la personne accumule des aliments dans la bouche

[Fiche action 11 : Persistance du mâchonnement, tri intra-buccal p 1](#_slvad9d6vowz)4

• L’aliment est trop collant pour que la personne puisse le transporter à l’arrière de la bouche

[Fiche action 12 : Aliments trop collants p 1](#_sltd88k1qt0p)5

• Des aliments restent dans la bouche après le repas, ou après avoir avalé la bouche n’est pas vide

[Fiche action 13 : Faiblesse de propulsion pour avaler p 1](#_vxagza52i39m)6

• Même avec la texture IDDSI 6, des aliments restent dans la bouche, ou après avoir avalé la bouche n’est pas vide

[Fiche action 14 : Persistance de la faiblesse pour avaler p 1](#_7739mf5daxvy)7

## **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

*Pour la réponse NON* :

• La personne tousse avec des aliments

[fiche action 15 : Toux aux solides p](#_ccmo2isqphhs) 18

• Même avec la texture IDDSI 6, la personne tousse-t-elle avec des aliments

[fiche action 16 : Persistance de toux aux solides p](#_c9lm3by4wvwv) 19

• La personne tousse avec des liquides en l’absence de pathologie pulmonaire identifiée dans le dossier médical

[Fiche action 17 : Toux aux liquides en l’absence de pathologie pulmonaire p 2](#_spuzgs65qjuv)0

• La personne tousse avec des liquides en présence de pathologie pulmonaire identifiée dans le dossier médical

[Fiche action 18 : Toux aux liquides en présence de pathologie pulmonaire p 2](#_kslt9hq1in4)1

## **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

*Pour les réponses Parfois, Assez souvent, Très souvent* :

• La personne a des difficultés pour mastiquer (les mouvements ne sont pas à la fois verticaux et circulaires)

[Fiche action 19 : Difficulté de mastication p 2](#_2e3j1sh8dmwl)2

• Il est impossible à la personne de mâcher (validé par l’essai de mastication et/ou par l’orthophoniste)

[Fiche action 20 : Absence de mastication p 2](#_wbt70gp7obaf)3

## **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

*Pour les réponses 3/4 repas (75%), 1/2 repas (50%), <1/2 repas (moins de 50%)* :

[Fiche action 21 : réduction des apports nutritionnels p 2](#_7csyoaw6mepx)4

## **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)

*Pour la réponse NON* :

• le repas est interrompu par la fatigue ou la faiblesse ou la somnolence avant que la personne n’ait plus faim

[Fiche action 22 : Baisse de performance pour manger p2](#_p46d3bf4fkf5)5

## **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.

*Pour les réponses Diminué, Très diminué*

[Fiche action 23 : Perte d’appétit p](#_4qzkfk72m84g)26

# [Fiche action 3 : Dépendance pour la position assise](#_288cbkvm69co)

**la personne a un problème pour s’asseoir et maintenir la position assise durant le repas entier sans glisser**

| Intervention sur décision collective des soignants | Intervention non justifiée sans prescription | Interventions sur prescription médicale | | Résultats attendus |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| - Corriger la posture et repositionner pour la durée entière du repas  - Veiller à l’appui des pieds au sol ou sur des cale-pieds  - Permettre l’inclinaison aisée du menton vers le bas | épaississement des boissons | - Bilan ergothérapeute  Et/ou  - Bilan Kinésithérapeute | | Favoriser une déglutition efficace  Réduction de la toux |
| Argumentation théorique et fondements scientifiques : | | | Cotation AGGIR : B ou C pour 7 transfert  Cotation PATHOS : Syndromes digestifs hauts S1 | |
| **Installation optimale :** Le patient doit être assis sur une chaise, le dos bien droit, formant un angle de 90 degrés au niveau des hanches, des genoux et des chevilles. Les pieds doivent être à plat sur le sol ou sur un repose-pied.[[14]](#footnote-13)  **La posture avec le menton baissé** est aussi efficace que les liquides épaissis pour prévenir la pneumopathie, sans les inconvénients de ces derniers (déshydratation, refus de boire).[[15]](#footnote-14). Elle nécessite de fléchir la tête et le cou [[16]](#footnote-15) | | | | |

Une image contenant illustration, dessin, clipart, croquis

Description générée automatiquementUne image contenant meubles, habits, homme, table basse

Description générée automatiquement

posture avec le menton baissé Posture à table

# [Fiche action 4 : Position assise impossible](#_288cbkvm69co)

**Il est impossible d’installer la personne en position assise en dehors du lit, même avec des aides techniques**

| Intervention sur décision collective des soignants | Intervention non justifiée sans prescription | Interventions sur prescription médicale | | Résultats attendus |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Au lit, au fauteuil :  - Réduire la bascule de la tête en arrière  (tête de 60 à 90°)  - | épaississement des boissons | - Bilan ergothérapeutique de positionnement au lit  Et/ou  - Bilan Kinésithérapeute | | faciliter la déglutition  Limitation de la toux  Eviter l’effet toboggan |
| Argumentation théorique et fondements scientifiques : | | | Cotation AGGIR : C pour 7 transfert  Cotation PATHOS : Syndromes digestifs hauts S1 | |
| Pour une personne qui doit manger alitée, la position idéale est la suivante :  **Le dos doit être relevé à 60 degrés minimum.** C’est une position semi-assise, comme pour lire au lit.  **Les genoux doivent être fléchis de préférence avec un lit qui favorise la flexion des genoux afin d’éviter l’effet toboggan.** .[[17]](#footnote-16) | | | | |

Une image contenant meubles, canapé, Accoudoir, illustration

Description générée automatiquement

Critique d’une posture au lit inadaptée :

La tête est projetée en avant

plutôt que inclinée vers le bas

car le dos est bien installé

mais les genoux ne sont pas assez relevés

# [Fiche action 5 : Dépendance pour gérer le repas](#_wvxonp9klblu)

**La personne a un problème pour gérer seule les aliments dans l’assiette**

| Intervention sur décision collective des soignants | Intervention non justifiée sans prescription | Interventions sur prescription médicale | | Résultats attendus |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Accompagner et surveiller le repas  S'assurer que la bouche est vide à la fin du repas | Aider pour porter les aliments à la bouche | Bilan ergothérapeute | | Réduire les accidents  Réduire les risques d’obstruction des voies aériennes |
| Argumentation théorique et fondements scientifiques : | | | Cotation AGGIR : B ou C pour item 5 Alimentation  Cotation PATHOS : Syndromes digestifs hauts S1 | |
| **Incapacité à distinguer les aliments des non-aliments:** Les personnes atteintes de troubles cognitifs peuvent perdre la capacité à reconnaître ce qui est comestible. Cela peut les conduire à ingérer des objets dangereux, entraînant des conséquences graves comme l'étouffement, des blessures internes ou un empoisonnement.  **Perte de jugement lors de l'alimentation:** Le manque de jugement peut amener les personnes à manger trop vite ou à se mettre trop de nourriture en bouche. Ce comportement augmente le risque d'étouffement et d'asphyxie.[[18]](#footnote-17) | | | | |

# [Fiche action  6: Dépendance pour couper les aliments](#_wvxonp9klblu)

**La personne a un problème pour découper seule les aliments avec ses couverts**

| Intervention sur décision collective des soignants | Intervention non justifiée sans prescription | Interventions sur prescription médicale | | Résultats attendus |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Demander la prescription de la texture IDDSI 6 | Texture hachée ou mixée  Couper les aliments en salle | Bilan ergothérapeute  Texture IDDSI 6 | | Tous les morceaux mis en bouche sont inférieurs à 1,5 cm  Réduction de l’inconfort pour manger  Réduction du risque de dénutrition |
| Argumentation théorique et fondements scientifiques : | | | Cotation AGGIR : B pour item 5 Alimentation  Cotation Pathos à considérer : Dénutrition S1 | |
| **La texture hachée/mixée est disproportionnée au besoin de ces résidents :**   * Diminution du plaisir de manger et de l'appétit * Risque de dénutrition * Impact psychologique négatif   **Inconvénients des aliments coupés en salle ou au chevet du résident :**   * Risque d'étouffement * Charge de travail accrue pour le personnel * Difficulté de faire des découpes régulières | | | | |

# [Fiche action 7 : Dépendance pour réaliser le geste pour se nourrir](#_ey4gadueafma)

**La personne a des difficultés pour porter seule les aliments et les boissons à la bouche**

| Intervention sur décision collective des soignants | Intervention non justifiée sans prescription | Interventions sur prescription médicale | | Résultats attendus |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| favoriser l'autonomie et la participation du résident autant que possible  Technique à essayer en priorité : Under Hand | Changement de texture  Aide totale | Bilan ergothérapeute | | Donner à la personne la sensation d'initier le mouvement et de garder le contrôle.  Encourager l'autonomie et la participation de la personne pendant le repas.  Réduction du risque de dénutrition |
| Argumentation théorique et fondements scientifiques : | | | Cotation AGGIR : B pour item 5 Alimentation  Cotation PATHOS à considérer : Dénutrition S1 | |
| **L’aide à l'alimentation manuelle** est recommandée pour les résidents atteints de troubles cognitifs pour garantir un apport nutritionnel adéquat.[[19]](#footnote-18)  **La technique Under Hand** est utile pour les personnes ayant des difficultés de coordination ou de force dans les membres supérieurs, ou pour celles qui ont besoin d'un soutien pour maintenir leur autonomie lors des repas. Elle génère moins de refus que la technique Over Hand [[20]](#footnote-19) | | | | |

Lien Youtube : <https://youtu.be/eN_PMpqmtt0?si=sBXG8ESptOh6bMfJ>

Une image contenant personne, ongle, doigt, pouce

Description générée automatiquement **Over Hand (Main sur le dessus):**

Description : L'aidant guide la main du résident pour l'aider à manger/boire.

Implication du résident : Le résident participe, mais avec une assistance importante.

Avantages/Inconvénients : Permet un certain contrôle et une participation du résident, mais le niveau d'assistance est difficile à ajuster.

**Under Hand (Main en dessous):**Une image contenant personne, ongle, doigt, ciseaux

Description générée automatiquement

Description : L'aidant soutient la main du résident, lui permettant de tenir le couvert/verre.

Implication du résident : Le résident est l'acteur principal du mouvement.

Avantages/Inconvénients : Réveille l'autonomie et la participation active, mais demande un minimum de résistance physique.

Gestes attendus[[21]](#footnote-20)

| **Aide partielle** | Recommandation |
| --- | --- |
| Alimentation | Petites cuillerées non tassées |
| Encouragement | Inciter verbalement, visuellement et tactilement |
| Rythme | Attendre le raclement de la gorge et faire une pause entre les bouchées |
| Assistance | Guider les ustensiles ou la tasse si besoin |
| Alternance | Alterner aliments et boissons |
| Fin du repas | S'assurer que la bouche est vide à la fin du repas |

# [Fiche action 8 : Impossibilité de réaliser le geste pour se nourrir](#_ey4gadueafma)

**Il est impossible pour la personne de porter seule les aliments et les boissons à la bouche**

| Intervention sur décision collective des soignants | Intervention non justifiée sans prescription | Interventions sur prescription médicale | | Résultats attendus |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Aide totale  Surveillance du risque pulmonaire infectieux | Changement de texture | Bilan ergothérapeute  Surveillance du risque de pneumopathie | | Réduire le risque de dénutrition  Réduire le risque de pneumopathie |
| Argumentation théorique et fondements scientifiques : | | | Cotation AGGIR : C pour item 5 Alimentation  Cotation PATHOS : syndromes digestifs hauts S1 | |
| la dépendance pour manger est  le premier facteur de risques de pneumopathie [[22]](#footnote-21) | | | | |

Une image contenant personne, ongle, ciseaux, intérieur

Description générée automatiquement

Direct Hand (Main Directe):

**Description** : L'aidant prend en charge l'action en amenant la nourriture/boisson à la bouche du résident.

**Implication du résident** : Aucune, le résident est passif.

**Avantages/Inconvénients** : Nécessaire pour les personnes ayant une très faible motricité, mais peut favorise la perte d'autonomie et d'estime de soi.

Gestes attendus[[23]](#footnote-22)

| **Aide totale** | Recommandation |
| --- | --- |
| Alimentation | Petites cuillerées non tassées |
| Encouragement | Inciter verbalement, visuellement et tactilement |
| Rythme | Attendre le raclement de la gorge ou faire une pause entre les bouchées |
| Alternance | Alterner aliments et boissons |
| Fin du repas | S'assurer que la bouche est vide à la fin du repas |

couvert vers le bas pour inciter la flexion du menton.

# [Fiche action 9 :  précipitation pour manger](#_14i82fs33t82)

**La personne mange trop vite, ne mâche pas suffisamment, remplit trop la bouche ou avale de trop grandes bouchées**

| Intervention sur décision collective des soignants | Intervention non justifiée sans prescription | Interventions sur prescription médicale | | Résultats attendus |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Vérifier la posture assise (Question A1)  **Cadre apaisant**: Privilégiez un environnement calme, avec peu de personnes et sans distractions.  **Patience**: Laissez le temps à la personne de manger à son rythme, sans pression. "Savourez chaque bouchée, c'est important de prendre le temps."  **Pauses**: Encouragez-la à faire des pauses régulières pour respirer et déglutir en discutant avec elle.  **Surveillance** : le petit déjeuner sans surveillance, surtout au lit, n’est pas possible  **Texture IDDSI 6** pour des aliments faciles à mâcher et à avaler | Texture mixée sans essai de la texture IDDSI 6.  La texture  - pas d’effet sur ce comportement  - pas plus protectrice des risques d’obstruction des voies aériennes | Bilan ergothérapeutique | | Réduire les risques d’obstruction des voies aériennes |
| Argumentation théorique et fondements scientifiques : | | | Cotation AGGIR : C pour item 5 Alimentation  cotation PATHOS: syndromes digestifs hauts S1 | |
| Manger trop vite, s'empiffrer et avaler la nourriture avant qu'elle ne soit bien mâchée augmentent le risque d’étouffement chez les adultes ayant une déficience intellectuelle. Il est donc important de surveiller ces comportements et de proposer un accompagnement adapté pour une alimentation plus sécuritaire.[[24]](#footnote-23) Pas d’études trouvées chez les personnes âgées.  Une surveillance inadéquate des repas chez les individus présentant un risque d'étouffement est un facteur de risque de décès. Une revue systématique des études sur la mortalité en établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD) a démontré que l'amélioration de la surveillance pendant les repas est une mesure préventive essentielle.[[25]](#footnote-24) | | | | |

# [Fiche action 10 : Mâchonnement, tri intra-buccal](#_14i82fs33t82)

**La personne accumule des aliments dans la bouche (mâchonne, garde en bouche, recrache)**

| Intervention sur décision collective des soignants | Intervention non justifiée sans prescription | Interventions sur prescription médicale | | Résultats attendus |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Demande de prescription de texture IDDSI 6  techniques :  **Rinçage:** Faire boire une gorgée après avoir mangé pour nettoyer la bouche.  **Servir une cuillère vide:** pour redéclencher les gestes pour manger  **Nettoyage digital:** aider la personne à nettoyer sa bouche avec un doigt propre et ganté.  S'assurer que la bouche est vide à la fin du repas | Texture mixée sans essai de la texture IDDSI 6 | Bilan orthophonique  Texture IDDSI 6 | | Meilleure nutrition  Meilleure stimulation |
| Argumentation théorique et fondements scientifiques : | | | Cotation AGGIR : non  cotation PATHOS à considérer : Dénutrition S1 | |
| **L’accumulation de nourriture** au niveau des joues fait partie des troubles de l'alimentation fréquents dans la démence avancée, avec l'incapacité de se nourrir soi-même ou le refus de manger.[[26]](#footnote-25)  **les stimulations sensorielles** sont augmentées avec des aliments à mâcher, ce qui peut permettre une meilleure gestion des aliments en bouche | | | | |

# [Fiche action 11 : Persistance du mâchonnement, tri intra-buccal](#_14i82fs33t82)

**Même avec la texture IDDSI 6, est ce que la personne accumule des aliments dans la bouche**

| Intervention sur décision collective des soignants | Intervention non justifiée sans prescription | Interventions sur prescription médicale | | Résultats attendus |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Demande de prescription de texture mixée  S'assurer que la bouche est vide à la fin du repas | Texture IDDSI 6 | Bilan orthophonique  Texture mixée | | Réduire le risque de dénutrition |
| Argumentation théorique et fondements scientifiques : | | | Cotation AGGIR : non  cotation PATHOS à considérer : Dénutrition S1 | |
| La texture mixée est une des textures couramment utilisées pour les personnes dysphagiques. A noter qu’il n’y a **pas de preuve formelle** de son intérêt, ni de recommandation de son usage [[27]](#footnote-26) | | | | |

# [Fiche action 12 : Aliments trop collants](#_14i82fs33t82)

**• L’aliment est trop collant pour que la personne puisse le transporter à l’arrière de la bouche**

| Intervention sur décision collective des soignants | Intervention non justifiée sans prescription | Interventions sur prescription médicale | | Résultats attendus |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Demande de prescription de texture IDDSI 6  S'assurer que la bouche est vide à la fin du repas | Texture hachée ou mixée, qui peut coller | Bilan orthophonique  Texture IDDSI 6 | | Réduire les stases dans la bouche et dans la gorge |
| Argumentation théorique et fondements scientifiques : | | | Cotation AGGIR : non  cotation PATHOS: syndromes digestifs hauts S1 | |
| La texture IDDSI 6 est humide pour faciliter la mastication et la déglutition, mais cette humidité est contrôlée. Les aliments ne sont ni trop mouillés, ni trop secs afin de faciliter la gestion en bouche et déplacer le bolus en vue de sa déglutition.[[28]](#footnote-27) | | | | |

# [Fiche action 13 : Faiblesse de propulsion pour avaler](#_14i82fs33t82)

**Des aliments restent dans la bouche après le repas, ou après avoir avalé la bouche n’est pas vide**

| Intervention sur décision collective des soignants | Intervention non justifiée sans prescription | Interventions sur prescription médicale | | Résultats attendus |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Demande de prescription de texture IDDSI 6  S'assurer que la bouche est vide à la fin du repas | Texture hachée ou mixée, qui n’est pas plus facile à propulser | Bilan orthophonique  Texture IDDSI 6 | | Réduire les stases dans la bouche et dans la gorge |
| Argumentation théorique et fondements scientifiques : | | | Cotation AGGIR : non  cotation PATHOS: syndromes digestifs hauts S1 | |
| La texture IDDSI 6 présente une bonne cohésion, une humidité suffisante, une tendreté optimale, adaptée aux les personnes qui ont des difficultés à mâcher ou à avaler des aliments solides, mais qui peuvent tout de même gérer des aliments mous et humides.[[29]](#footnote-28) | | | | |

# [Fiche action 14 : Persistance de la faiblesse pour avaler](#_14i82fs33t82)

**Même avec la texture IDDSI 6, des aliments restent dans la bouche après le repas, ou après avoir avalé la bouche n’est pas vide.**

| Intervention sur décision collective des soignants | Intervention non justifiée sans prescription | Interventions sur prescription médicale | | Résultats attendus |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Mettre en lien avec la Fiche action 22 : Baisse de performance pour manger  le repas est limité par la fatigue ou la faiblesse ou la somnolence avant que la personne n’ait plus faim  Stratégie nutritionnelle :  Servir les aliments les plus nutritifs en premier au début de repas, avant l’apparition de la fatigue et de l’endormissement  S'assurer que la bouche est vide à la fin du repas  Demande de prescription de la texture mixée | Texture IDDSI 6 | Bilan diététique  Bilan kinésithérapeutique  Bilan orthophonique  diagnostic de la sarcopénie  texture mixée | | Réduire l’impact de la dénutrition  Restaurer la force musculaire pour purger la bouche |
| Argumentation théorique et fondements scientifiques : | | | Cotation AGGIR : non  cotation PATHOS: syndromes digestifs hauts S1 | |
| **Pas de prévention possible** pour ces résidents caractéristiques de dysphagie sarcopénique : la **mastication** est trop faible pour la texture à mâcher IDDSI 6.  La prise en charge combine une t**hérapie nutritionnelle intensive** associée à de l’orthophonie et de la kinésithérapie pour renforcer les muscles impliqués dans la déglutition et la posture [[30]](#footnote-29) | | | | |

# [Fiche action 15 : Toux aux solides](#_2h7nna2crmez)

Question : **La personne tousse-t-elle avec des aliments**

| Intervention sur décision collective des soignants | Intervention non justifiée sans prescription | Interventions sur prescription médicale | | Résultats attendus |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Vérifier la posture assise  Mettre en lien avec  - Fiche action 3 : Dépendance pour la position assise  - Fiche action 4 : Position assise impossible  Vérifier la présence de miettes et/ou de mélange de liquide et de solide dans l’alimentation  Demande de prescription de texture IDDSI 6 | Texture mixée sans essai de la texture IDDSI 6 | Bilan orthophonique  Texture IDDSI 6 | | Réduire les épisodes de toux lors des repas |
| Argumentation théorique et fondements scientifiques : | | | Cotation AGGIR : non  cotation PATHOS: syndromes digestifs hauts S1 | |
| **Cohésion** : dans la texture IDDSI 6 les aliments ont une bonne cohésion, ils se tiennent en un seul morceau, ils ne s'effritent pas facilement.  **Liquides** : la texture IDDSI 6 est humide, mais cette humidité est contenue dans les aliments solides eux-mêmes. Ils ne sont pas coulants ni mélangés avec des liquides[[31]](#footnote-30) | | | | |

# [Fiche action 16 : Persistance de toux aux solides](#_2h7nna2crmez)

**Même avec la texture IDDSI 6, la personne tousse-t-elle avec des aliments**

| Intervention sur décision collective des soignants | Intervention non justifiée sans prescription | Interventions sur prescription médicale | | Résultats attendus |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Vérifier la posture assise  Mettre en lien avec  - Fiche action 3 : Dépendance pour la position assise  - Fiche action 4 : Position assise impossible  Estimation de la force musculaire globale  - test de préhension  - évaluation de la sarcopénie  Demande de prescription de la texture mixée | Texture IDDSI 6 | Bilan orthophonique  diagnostic de la sarcopénie  texture mixée | | Réduire l’impact de la dénutrition  Restaurer la force musculaire pour pouvoir avaler |
| Argumentation théorique et fondements scientifiques : | | | Cotation AGGIR : non  cotation PATHOS: syndromes digestifs hauts S1  et à considérer dénutrition S1 | |
| **Pas de prévention possible** pour ces résidents caractéristiques de dysphagie sarcopénique : la **mastication** est trop faible pour la texture à mâcher IDDSI 6.  La prise en charge combine une t**hérapie nutritionnelle intensive** associée à de l’orthophonie et de la kinésithérapie pour renforcer les muscles impliqués dans la déglutition et la posture [[32]](#footnote-31) | | | | |

## [Fiche action 17 : Toux aux liquides en l’absence de pathologie pulmonaire](#_2h7nna2crmez)

**La personne tousse avec des liquides en l’absence de pathologie pulmonaire identifiée dans le dossier médical**

| Intervention sur décision collective des soignants | Intervention non justifiée sans prescription | Interventions sur prescription médicale | | Résultats attendus |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Vérifier la posture assise  Mettre en lien avec  - Fiche action 3 : Dépendance pour la position assise  - Fiche action 4 : Position assise impossible  Proposer le verre à découpe nasale qui permet de boire sans avoir à pencher la tête en arrière et minimise le risque de toux aux liquides  Vérifier le dossier médical pour confirmer l’absence de pathologie pulmonaire  BPCO, pneumopathie  Demande de prescription d’eau épaissie  ou eau normale au libre choix du résident | Eau épaissie sans avoir essayé de corriger la posture pour boire  Eviter en général des verres qui obligent à pencher la tête en arrière, ce qui ouvre les voies aériennes :  - verres canard (à bec)  - les verres hauts et étroits presque vides  - boire au goulot d'une bouteille ou à la paille. | - Bilan ergothérapeute  - Bilan Kinésithérapeute  - Bilan  orthophonique  eau épaissie  ou eau normale au libre choix du résident | | Réduction du risque de toux aux liquides  Réduction du risque de déshydratation |
| Argumentation théorique et fondements scientifiques : | | | Cotation AGGIR : non  cotation PATHOS: syndromes digestifs hauts S1 | |
| Pas de différence significative entre la posture "menton baissé" et l’usage de liquides épaissis[[33]](#footnote-32)  Eviter les verres à bec[[34]](#footnote-33) pour leur risque accru de toux aux liquides et leur difficulté d'utilisation pour les personnes atteintes de démence. Ils peuvent être utile dans certains cas spécifiques (ex: Parkinson) pour favoriser l'autonomie de l'hydratation[[35]](#footnote-34) | | | | |



verre à découpe nasale à favoriser verre canard ou à bec à éviter

# [Fiche action 18 : Toux aux liquides en présence de pathologie pulmonaire](#_2h7nna2crmez)

**La personne tousse avec des liquides en présence de pathologie pulmonaire identifiée dans le dossier médical**

| Intervention sur décision collective des soignants | Intervention non justifiée sans prescription | Interventions sur prescription médicale | | Résultats attendus |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Vérifier la posture assise  Mettre en lien avec  - Fiche action 3 : Dépendance pour la position assise  - Fiche action 4 : Position assise impossible  Demande de prescription d’eau épaissie | Eau épaissie sans avoir essayé de corriger la posture pour boire | - Bilan ergothérapeute  - Bilan Kinésithérapeute  -Bilan  Orthophonique  - eau épaissie | | Réduction du risque de toux aux liquides  Réduction du risque de déshydratation  Réduction du risque de pneumopathie |
| Argumentation théorique et fondements scientifiques : | | | Cotation AGGIR : non  cotation PATHOS: syndromes digestifs hauts S1 | |
| **Pas de lien clair** entre pneumopathie d’inhalation et dysphagie, malgré sa fréquence et ses conséquences potentiellement graves.[[36]](#footnote-35)  **Cliniquement**, il apparaît prudent de protéger les voies aériennes par tous les moyens disponibles, même non **probants**, comme l’épaississement des boissons | | | | |

# [Fiche action 19 : Difficulté de mastication](#_f8wt9x6jayfm)

**La personne a des difficultés pour mastiquer** (les mouvements ne sont pas à la fois verticaux et circulaires)

| Intervention sur décision collective des soignants | Intervention non justifiée sans prescription | Interventions sur prescription médicale | | Résultats attendus |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Si il n’y a pas d’orthophoniste dans la structure : vérifier l’état réel de la mastication avec un morceau de biscuit sec (Tuc, Lu ou equivalent) de 1,5 cm  Observer si il y a des mouvements de haut en bas de la mandibule  Si les mouvements sont présents, la personne mâche  demander la prescription de la texture IDDSI 6 | Changement de texture sans essai de mastication | Bilan orthophonique  Texture IDDSI 6 | | Limiter les faux positifs (résidents identifiés à tort comme ne pouvant pas mastiquer) |
| Argumentation théorique et fondements scientifiques : | | | Cotation AGGIR : non  cotation PATHOS: syndromes digestifs hauts S1 | |
| **Mâcher** est important car la mastication et la salive modifient la désintégration des aliments, ce qui entraîne des changements dans la digestion des nutriments aux stades gastrique et intestinal[[37]](#footnote-36) | | | | |

| Description du Test de TOMASS[[38]](#footnote-37) sur lequel est basé le test de mastication proposé : |
| --- |
| **L'objectif** principal est d'évaluer la fonction masticatoire et la déglutition du patient. Cela permet de détecter d'éventuels troubles ou difficultés dans ces processus. |
| **Protocole** : Le patient doit manger un biscuit Tuc Classic™ le plus rapidement possible, tout en restant confortable. Après avoir mastiqué le biscuit, le patient doit dire son prénom. |
| **Observation** : L'examinateur observe comment le patient mastique et déglutit le biscuit. Il compte le nombre de morsures, de cycles masticatoires, de déglutitions et le temps total mis pour manger le biscuit. |
| **Normes** : Les résultats du patient sont comparés à des normes établies en fonction de l'âge et du sexe.  Pour les sujets de plus de 80 ans :  Nombre de bouchées moyen pour un biscuit : 3.83  Nombre de mastications par bouchées : 18.31 |

# [Fiche action 20 : Absence de mastication](#_f8wt9x6jayfm)

**Il est impossible à la personne de mâcher**

| Intervention sur décision collective des soignants | Intervention non justifiée sans prescription | Interventions sur prescription médicale | | Résultats attendus |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| un essai de mastication (fiche action 19)a été réalisé et échoué  Demande de prescription de texture mixée | Texture hachée, où seule la viande est adaptée | Bilan orthophonique  Texture mixée | | Réduire le risque de dénutrition |
| Argumentation théorique et fondements scientifiques : | | | Cotation AGGIR : non  cotation PATHOS à considérer : dénutrition S1 | |
| Même si la texture IDDSI 6 est "molle et facile à manger", elle nécessite tout de même une capacité minime de mastication.  **Si une personne ne peut pas mâcher, i**l faut se tourner vers une texture mixée, qui ne nécessite aucune mastication[[39]](#footnote-38) | | | | |

# [Fiche action 21 : réduction des apports nutritionnels](#_2wioxb80uow7)

| Intervention sur décision collective des soignants | Intervention non justifiée sans prescription | Interventions sur prescription médicale | | Résultats attendus |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Recherche des goûts et des aversions |  | Bilan diététique  Enrichissement | | Réduire le risque de dénutrition |
| Argumentation théorique et fondements scientifiques : | | | Cotation AGGIR : non  cotation PATHOS à considérer : dénutrition S1 | |
| A compléter  Notion de plaisir de manger  Refuse de manger  Refus de la texture  Peur de manger  Éviction de certains aliments | | | | |

# [Fiche action 22 : Baisse de performance pour manger](#_rjncx03aailn)

**le repas est interrompu par la fatigue ou la faiblesse ou la somnolence avant que la personne n’ait plus faim**

| Intervention sur décision collective des soignants | Intervention non justifiée sans prescription | Interventions sur prescription médicale | | Résultats attendus |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Recherche la cause hors du temps du repas :  Estimation de la force musculaire globale (test au dynamomètre )  Causes de la somnolence  Stratégie nutritionnelle :  Servir les aliments les plus nutritifs en premier au début de repas, avant l’apparition de la fatigue et de l’endormissement  S'assurer que la bouche est vide à la fin du repas | Nourrir le résident hypovigilant  Texture mixée | Recherche des causes médicales  Recherche de la sarcopénie | | Réduire le risque d’obstruction des voies aériennes  Réduire l’impact de la dénutrition |
| Argumentation théorique et fondements scientifiques : | | | Cotation AGGIR : non  cotation PATHOS: syndromes digestifs hauts S1  et à considérer dénutrition S1 | |
| **Quelque soit la texture**, la fatigue augmente le risque d’obstruction des voies aériennes  **Les difficultés à maintenir** une posture stable et une position de tête adéquate pendant toute la durée des repas peuvent entraver la déglutition  **La résistance réduite** à l'effort physique: L'acte de manger représente un effort conséquent pour une personne fragile, ce qui peut la fatiguer et augmenter le risque d’obstruction des voies aériennes.[[40]](#footnote-39)  **La sarcopénie** est un facteur important contribuant à la dysphagie chez les personnes âgées[[41]](#footnote-40) : elle peut abaisser l’efficacité de l’ensemble des muscles de la déglutition (masticateurs, linguaux, pharyngiens, laryngés), mais aussi les muscles de contrôle de la posture et de la toux de purge des voies aériennes, rendant la déglutition plus difficile et augmentant le risque de complications pulmonaires. | | | | |

Test de force de préhension : Il y a suspicion de sarcopénie lorsque la force de préhension est inférieure à 16 kg chez les femmes et inférieure à 27 kg chez les hommes.

Une image contenant Graphique, logo, symbole, capture d’écran

Description générée automatiquement

Exemple de vidéo de mode d’emploi

lien Youtube : <https://www.youtube.com/watch?v=wvrulraWoow&t=1s>

# [Fiche action 23 : Perte d’appétit](#_u1g7kw447rl5)

| Intervention sur décision collective des soignants | Intervention non justifiée sans prescription | Interventions sur prescription médicale | | Résultats attendus |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Recherche des goûts et des aversions  Emotions | Compléments nutritionnels | Bilan diététique  Bilan psychologique  Enrichissement | | Réduire le risque de dénutrition |
| Argumentation théorique et fondements scientifiques : | | | Cotation AGGIR : non  cotation PATHOS à considérer : dénutrition S1 | |
| A compléter | | | | |

**Fiche action 24 : ajouter des notions non définies** **dans l’analyse les problèmes**

| Intervention des soignants et/ou du médecin | | Résultats attendus |
| --- | --- | --- |
| Renseigner le problème identifié selon le modèle clinique trifocal | | Amélioration continue de programme de prévention |
| Argumentation théorique et fondements scientifiques : |  | |
|  | | |

Renseigner le problème identifié selon le modèle clinique trifocal[[42]](#footnote-41)

| **signes et symptômes des pathologies, déficiences ou situation de dépendance :** | **Risques de complications liées à la pathologie et aux effets secondaires des traitements**  **Pas de signe puisque ce sont des risques** | **Réactions humaines physiques et/ou psychologiques**  **du patient, de sa famille**  **Réactions humaines des soignants** |
| --- | --- | --- |
| Exemple : toux aux liquides | Exemple : risque de déshydratation | Exemple : s’endort à table |

Faire

1. Psiuk T. 1/10 Le parcours de soins du patient, du processus global au chemin clinique. Soins. 2013 Jan. [↑](#footnote-ref-0)
2. Créteur E. Le chemin clinique, un parcours soigné/soignant concourant à une sécurité et une qualité de soins [Mémoire de Master 2]. Lille (France) : Faculté Ingénierie et Management de la santé ILIS Lille ; 2019. [↑](#footnote-ref-1)
3. Haute Autorité de Santé (HAS). Chemin clinique : guide méthodologique. Saint-Denis La Plaine: HAS; 2004. [Consulté le 2 janvier 2025]. Disponible à l'adresse: <https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2009-08/chemin_clinique_guide_2004.pdf> [↑](#footnote-ref-2)
4. Haute Autorité de Santé. Chemin clinique [Internet]. Saint-Denis: HAS; 2017 Jul 4 [cited 2025 Jan 2]. Available from: <https://www.has-sante.fr/jcms/c_2807716/en/chemin-clinique> [↑](#footnote-ref-3)
5. Kakehi S, Isono E, Wakabayashi H, et al. Sarcopenic Dysphagia and Simplified Rehabilitation Nutrition Care Process: An Update. Ann Rehabil Med. 2023 Oct. [↑](#footnote-ref-4)
6. International Dysphagia Diet Standardisation Initiative. IDDSI Framework [Internet]. [consulté le 1er janvier 2025]. Disponible sur : <https://www.iddsi.org/images/Publications-Resources/DetailedDefnTestMethods/FrenchHarmonised/V2DetailedDefnHFrenchJuly2022.PDF> [↑](#footnote-ref-5)
7. Westergren A, Smithard D, Westergaard M, Norup A, Riis J, Krarup A, Hansen LEM, Emborg C, Melgaard D. Convergent and discriminant validity of the Minimal Eating Observation Form - version II: a cross-sectional study. BMC Geriatr. 2024 Jan 5;24(1):27. [↑](#footnote-ref-6)
8. Westergren A, Lindholm C, Mattsson A, Ulander K (2009) Minimal Eating Observation Form: Reliability and Validity. The Journal of Nutrition Health and Aging [↑](#footnote-ref-7)
9. Geroscopie. Le MEOF-II, un outil de dépistage de la dysphagie en EHPAD [Internet]. Paris: Geroscopie; 2024 [consulté le 2 janvier 2025]. Disponible à l'adresse: <https://www.geroscopie.fr/le-meof-ii-un-outil-de-depistage-de-la-dysphagie-en-ehpad-idm-35-ids-32481> [↑](#footnote-ref-8)
10. Bienassis P. Adaptation française du Minimal Eating Observation Form-II : un outil de dépistage de la dysphagie chez le sujet âgé résidant en EHPAD [Mémoire d'orthophonie]. Toulouse (France) : Université de Toulouse ; 2024. [↑](#footnote-ref-9)
11. Caisse Nationale de Solidarité pour l'Autonomie (CNSA). Modèle PATHOS version 2022. Paris: CNSA; 2024. [Consulté le 2 janvier 2025]. Disponible à l'adresse: <https://www.cnsa.fr/sites/default/files/2024-05/modele_pathos_2022.pdf> [↑](#footnote-ref-10)
12. CNSA. Ibid. [↑](#footnote-ref-11)
13. CNSA. Ibid. [↑](#footnote-ref-12)
14. Lambert H. The development, validation and reliability testing of an assessment of functional ingestive skills of elderly persons with neurogenic dysphagia [Thèse de doctorat en ligne]. Montreal (Canada): McGill University; 2003. Disponible sur : https://escholarship.mcgill.ca/downloads/c534fp47v?locale=en [↑](#footnote-ref-13)
15. Robbins J, Gensler G, Hind J, et al. Comparison of 2 interventions for liquid aspiration on pneumonia incidence: a randomized trial. Ann Intern Med. 2008. [↑](#footnote-ref-14)
16. Ozeki M, Kagaya H, Inamoto Y, et al. Positional effects of head and/or neck flexion as chin-down posture in normal subjects. Fujita Med J. 2020;6(4):128-131. doi: 10.20407/fmj.2019-018. Epub 2020 Mar 25. PMID: 35111534; PMCID: PMC8761823. [↑](#footnote-ref-15)
17. H Lambert. ibid. [↑](#footnote-ref-16)
18. H Lambert. ibid. [↑](#footnote-ref-17)
19. DiBartolo MC. Careful hand feeding: a reasonable alternative to PEG tube placement in individuals with dementia. J Gerontol Nurs. 2006 May. [↑](#footnote-ref-18)
20. Batchelor-Murphy MK, McConnell ES, Amella EJ, et al. Experimental Comparison of Efficacy for Three Handfeeding Techniques in Dementia. J Am Geriatr Soc. 2017 Apr;65(4):e89-e94. [↑](#footnote-ref-19)
21. Griffin H, Wilson J, Tingle A, Görzig A, Harrison K, Harding C, Aujla S, Barley E, Loveday H. Supporting safe swallowing of care home residents with dysphagia: How does the care delivered compare with guidance from speech and language therapists? Int J Lang Commun Disord. 2024 Jul-Aug;59(4):1478-1488. [↑](#footnote-ref-20)
22. Langmore SE, Terpenning MS, Schork A, et al. Predictors of aspiration pneumonia: how important is dysphagia? Dysphagia. 1998;13(2):69-76. [↑](#footnote-ref-21)
23. Griffin H et all. Ibid. [↑](#footnote-ref-22)
24. Samuels R, Chadwick DD. Predictors of asphyxiation risk in adults with intellectual disabilities and dysphagia. J Intellect Disabil Res. 2006 May;50(Pt 5):362-70. [↑](#footnote-ref-23)
25. Cichero JAY. Age-Related Changes to Eating and Swallowing Impact Frailty: Aspiration, Choking Risk, Modified Food Texture and Autonomy of Choice. Geriatrics (Basel). 2018 Oct 12;3(4):69. [↑](#footnote-ref-24)
26. Mitchell SL. Advanced Dementia. N Engl J Med. 2015 Jul 2;373(1):53-9. [↑](#footnote-ref-25)
27. Clave P, Ortega O. A Multidisciplinary Approach to Managing Swallowing Dysfunction in Older People. Academic Press; 2024. 334 p. Chapter 7.2 [↑](#footnote-ref-26)
28. International Dysphagia Diet Standardisation Initiative. Ibid. [↑](#footnote-ref-27)
29. International Dysphagia Diet Standardisation Initiative. Ibid. [↑](#footnote-ref-28)
30. Kakehi S, Isono E, Wakabayashi H, et al. Ibid [↑](#footnote-ref-29)
31. International Dysphagia Diet Standardisation Initiative. Ibid. [↑](#footnote-ref-30)
32. Kakehi S, Isono E, Wakabayashi H, et al. Ibid. [↑](#footnote-ref-31)
33. Robbins J, Gensler G, Hind J, et al. ibid. [↑](#footnote-ref-32)
34. Griffin H, Wilson J, Tingle A, Görzig A, Harrison K, Harding C, Aujla S, Barley E, Loveday H. Supporting safe swallowing of care home residents with dysphagia: How does the care delivered compare with guidance from speech and language therapists? Int J Lang Commun Disord. 2024 Jul-Aug. [↑](#footnote-ref-33)
35. de Castella T. Exclusive: Plastic spouted beakers ‘infantilise’ patients. Nursing Times [Internet]. 2018 Aug 10 [cited 2025 Jan 5];114(8). Available from: <https://www.nursingtimes.net/policies-and-guidance/exclusive-plastic-spouted-beakers-infantilise-patients-10-08-2018/> [↑](#footnote-ref-34)
36. Clave P, Ortega O. ibid. chapter 6.4 [↑](#footnote-ref-35)
37. Makran, M., Miedes, D., Cilla, A., Barberá, R., Garcia-Llatas, G., & Alegría, A. Understanding the influence of simulated elderly gastrointestinal conditions on nutrient digestibility and functional properties. Trends in Food Science & Technology.2022 Nov. [↑](#footnote-ref-36)
38. Sella-Weiss O. The Test of Mastication and Swallowing Solids and the Timed Water Swallow Test: Reliability, associations, age and gender effects, and normative data. Int J Lang Commun Disord. 2023 Jan;58(1):67-81. [↑](#footnote-ref-37)
39. International Dysphagia Diet Standardisation Initiative. Ibid. [↑](#footnote-ref-38)
40. Cichero JAY. Ibid. [↑](#footnote-ref-39)
41. Baijens LW, Clavé P, Cras P, Ekberg O, Forster A, Kolb GF, Leners JC, Masiero S, Mateos-Nozal J, Ortega O, Smithard DG, Speyer R, Walshe M. European Society for Swallowing Disorders - European Union Geriatric Medicine Society white paper: oropharyngeal dysphagia as a geriatric syndrome. Clin Interv Aging. 2016 Oct [↑](#footnote-ref-40)
42. Psiuk T. Ibid. [↑](#footnote-ref-41)