

Troubles de la déglutition et infection

Les phases de la déglutition et leur traitement cortical

Complications des troubles de la déglutition en neurogériatrie

Agir en prévention

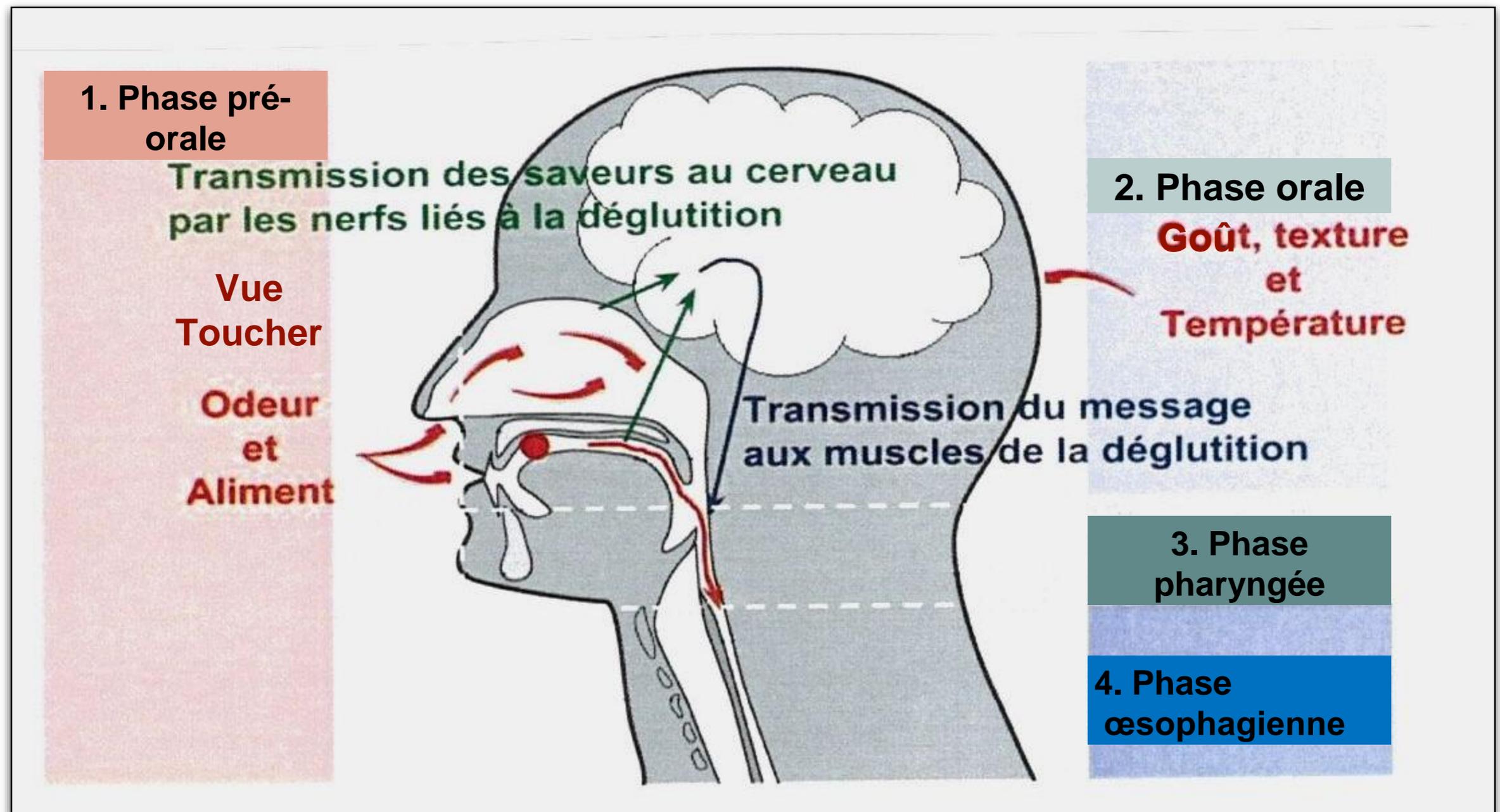
Principe d'autonomie aidée

Emilie LORRAIN
ORTHOPHONISTE

Journée du réseau des référents IAS en EHPAD
CPIAS OCCITANIE
Toulouse, 14 mai 2019



Les phases de la déglutition et leur traitement cortical



Description des 4 phases de la déglutition

1. Phase pré-orale (d'anticipation): le résident voit l'aliment et sent son odeur. Ces 2 premiers sens envoient des premiers messages au cerveau pour **préparer le résident à manger** (la prise), et notamment préparer sa déglutition efficace.

2. Phase orale (préparation et propulsion): l'aliment une fois en bouche est mastiqué et insalivé, de nouveaux messages sont envoyés au cerveau: **la perception gustative et olfactive, l'information sensitive et sensorielle des caractéristiques physiques et chimiques du bol** (volume, texture, glissé, goût, température, comestibilité...), se produit donc la préparation du bol et la propulsion. Dès que la décision de pousser le bol vers l'isthme du gosier est prise (décision volontaire ou automatico-volontaire), un ordre est envoyé au centre déglutition bulbaire de l'imminence de l'arrivée d'un corps étranger dans le pharynx.

Ces informations alertent le résident qu'il a quelque chose dans la bouche et qu'il va falloir l'avaler. Mais parfois ces messages sont trop faibles. On va chercher à augmenter ces messages pour stimuler la reconnaissance de l'aliment par le cerveau.

Description des 4 phases de la déglutition

3. Phase laryngo-pharyngée : les messages envoyés au cerveau lors des 2 premières phases vont permettre l'activité des muscles de la déglutition : protéger les poumons et envoyer les aliments vers l'estomac. **La première réponse motrice** consiste alors à **fermer les voies aériennes** avant que le bolus n'arrive sur la base de langue. Ensuite la déglutition pharyngée s'active et le bolus est poussé vers l'œsophage.

4. Phase œsophagienne : cette phase est automatique. Elle se déclenche lorsque les aliments sont dans l'œsophage en direction de l'estomac (et surtout pas dans la trachée en direction des poumons).

Cette représentation axée sur la **priorité respiratoire** doit être le fondement conceptuel de toute prise en charge des troubles de la déglutition: restaurer les protecteurs des voies aériennes, pour ensuite restaurer les propulseurs du bolus. Inverser les priorités conduiraient à des prises en charges inopérantes, inefficaces, partielles et dangereuses.

Guatterie_Lozano_2005_Kinerea_Quelques éléments de physiologie de la déglutition.

Troubles de la déglutition et infection: Journée du réseau des référents IAS en EHPAD CPIAS OCCITANIE Toulouse, 14 mai 2019 Emilie LORRAIN

Pour une population en neurogériatrie

PHASE PRÉ-ORALE = PHASE PRÉPARATOIRE (TEMPS VOLONTAIRE)

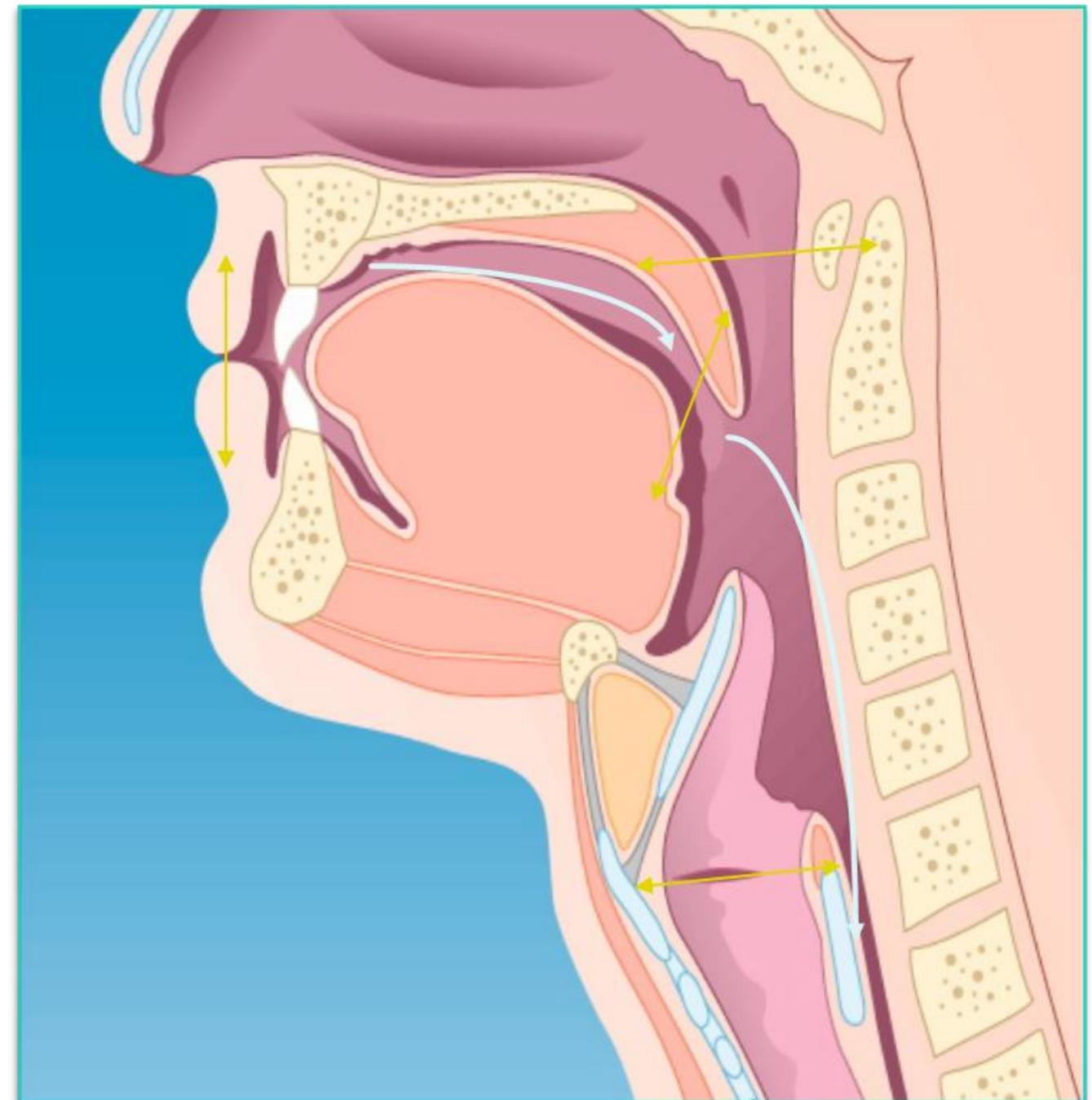
Découpage et mélange des aliments
Prise en les léchant, les croquant
ou les saisissant

Perte d'initiation du geste de mise en bouche
Diminution motricité
Défaut de vigilance
Désorientation temporo-spatiale
Trouble du comportement alimentaire

PHASE ORALE (TEMPS VOLONTAIRE)

Prise des aliments
Mastication
Insalivation
Propulsion

Perte initiation motrice
Diminution motricité
Mauvais état dentaire
Gestion du bol (accélération propulsion)
Tri intra-buccal et rejets extra-buccaux



Pour une population en neurogériatrie

PHASE LARYNGO-PHARYNGÉE (TEMPS RÉFLEXE) = PROTECTION DES VOIES AÉRIENNES

FERMETURE DE L'ACCÈS AU CAVUM

Apnée = fermeture du larynx

Passage du bol alimentaire dans l'œsophage

Retard de déclenchement
Baisse du péristaltisme
Diminution de l'ascension laryngée
Trouble de relaxation du SSO

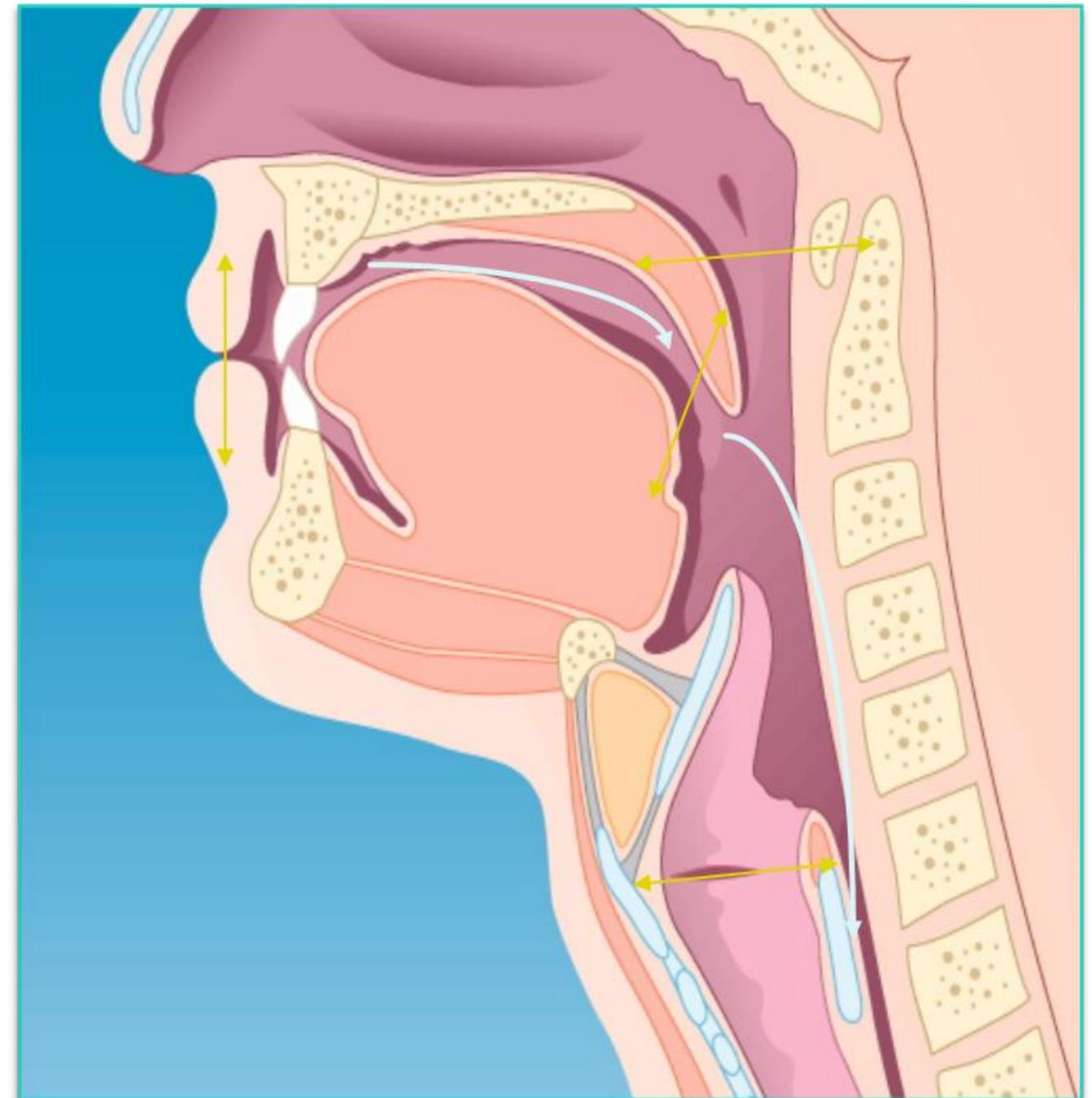
PHASE OESOPHAGIENNE (TEMPS RÉFLEXE)

REPRISE INSPIRATOIRE

(inspiration)

Le bol alimentaire est lentement aspiré
en direction de l'estomac puis des intestins

Baisse du péristaltisme
RGO
Mérycisme



Notion de trouble de l'oralité alimentaire

Outre les troubles cognitifs, les **troubles de la déglutition (= dysphagie)** chez les patients présentant un trouble neurocognitif léger ou majeur dû à la maladie d'Alzheimer (DSM V) sont fréquents mais demeurent souvent sous-estimés et mal gérés*. La **malnutrition**, la **déshydratation** et les **pneumopathies d'inhalation** en sont les conséquences.

Elles représentent la première cause de mortalité, c'est pourquoi la prise en charge des troubles de déglutition par l'orthophoniste est essentielle.

En effet, orthophoniste libérale exerçant en EHPAD et FAM depuis 2009, formatrice (formation continue des orthophonistes, des aidants professionnels en EHPAD et à domicile, des aidants familiaux), il m'apparaît aujourd'hui essentiel de considérer que chez ces patients souffrant de démence de type Alzheimer à un stade moyen à sévère, on rencontre essentiellement un **trouble de l'oralité** qu'il convient de prendre en charge très rapidement dès les premiers signes de difficultés lors des repas. Trouble affectant plus particulièrement les phase pré-orale et orale de la déglutition.

Celui-ci n'excluant pas la possibilité d'un trouble de la phase pharyngée et/ou oesophagienne.

*RUGLIO, V. Dysphagies neurogériatriques, oralités et presbyphagie. Rééducation Orthophonique - N° 271 - septembre 2017 ; p 359-383

Troubles de la déglutition et infection: Journée du réseau des référents IAS en EHPAD CPIAS OCCITANIE Toulouse, 14 mai 2019
Emilie LORRAIN

Notion de trouble de l'oralité alimentaire

Les **5A communément associées à la maladie d'Alzheimer** sont sources de difficultés lors du repas (Chang et Roberts, 2008) :

- **Amnésie** : perte de la mémoire (« est-ce que j'ai déjà mangé ? »).
- **Agnosie** : perte de reconnaissance de l'aliment et des objets associés.
- **Attention** : difficultés à se concentrer durant le repas.
- **Aphasie** : difficultés à exprimer un besoin.
- **Apraxie** : difficultés à utiliser les couverts.

Les patients **perdent** la notion de **plaisir alimentaire** avec une **perception sensorielle perturbée**. Nécessité de savoir interpréter tous les messages non verbaux adressés par nos patients (douleur, dégoût...) et de comprendre les brusques changements dans le comportement alimentaire par des investigations sur le plan dentaire, oesophagien...

Troubles de la déglutition et infection: Journée du réseau des référents IAS en EHPAD CPIAS OCCITANIE Toulouse, 14 mai 2019
Emilie LORRAIN

ÉCHELLE DE BLANDFORD

Description des troubles du comportement alimentaire

Nom :	Prénom :			
Date :	Sexe :	Âge :	Poids (kg) :	Taille (cm) :

COMPOTEMENT DE RÉSISTANCE	OUI	NON
Détourne la tête à la vue de la cuillère	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Repousse la nourriture ou la personne qui veut la nourrir	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Met les mains devant la bouche	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Agrippe, frappe ou mord celui qui essaie de le nourrir	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Crache ou jette la nourriture	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
DYSPRAXIE ET AGNOSIE	OUI	NON
A besoin d'être cajolé pour manger	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Utilise les doigts plutôt que la fourchette	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Incapable d'utiliser les couverts	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mélange et joue avec la nourriture plutôt que de l'avaler	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Parle de façon continue pendant le repas de sorte qu'il ne s'alimente pas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mange des choses non comestibles (serviette...)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Quitte la table et va marcher pendant les repas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Semble ne pas reconnaître les aliments	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
COMPOTEMENT SÉLECTIF	OUI	NON
A besoin de compléments nutritionnels spécifiques, sinon ne mange rien	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
A besoin de compléments nutritionnels spécifiques, les goûte, se plaint, puis les refuse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Refuse de manger une grande variété d'aliments, et ne mange par exemple que du pain, des desserts	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ne prend que des petites quantités de nourriture, puis ne mange plus, même si on le fait manger	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Préfère les liquides (plus de 50% des apports)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Refuse les solides mais accepte les liquides	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
INCOORDINATION ORALE NEUROMUSCULAIRE	OUI	NON
N'ouvre pas la bouche spontanément quand on lui présente la nourriture	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Plisse les lèvres, empêchant l'entrée de la nourriture	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ferme la bouche, serre les dents et les lèvres	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fait des mouvements continus de la langue ou de la bouche qui empêchent l'ingestion des aliments	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Accepte la nourriture puis la crache	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Accepte la nourriture mais ne la mâche pas, et ne l'avale pas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
La nourriture dégouline de la bouche	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
FAUSSES ROUTES	OUI	NON
Tousse ou bien s'étouffe en mangeant	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
"Gargouillement" de la voix (voix humide)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
DÉPENDANCE ALIMENTAIRE	OUI	NON
Présente un problème du comportement alimentaire mais s'alimente seul	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
A besoin d'être aidé de temps en temps pour s'alimenter	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ne s'alimente que si on le fait manger	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

ÉCHELLE DE BLANDFORD
Description des troubles du comportement alimentaire

Mini Nutritional Assessment

MNA®

Nestlé
Nutrition Institute

Nom :		Prénom :		
Sexe :	Age :	Poids, kg :	Taille, cm :	Date :

Répondez à la première partie du questionnaire en indiquant le score approprié pour chaque question. Additionnez les points de la partie Dépistage, si le résultat est égal à 11 ou inférieur, complétez le questionnaire pour obtenir l'appréciation précise de l'état nutritionnel.

Dépistage

A Le patient présente-t-il une perte d'appétit? A-t-il moins mangé ces 3 derniers mois par manque d'appétit, problèmes digestifs, difficultés de mastication ou de déglutition ?
 0 = baisse sévère des prises alimentaires
 1 = légère baisse des prises alimentaires
 2 = pas de baisse des prises alimentaires

B Perte récente de poids (<3 mois)
 0 = perte de poids > 3 kg
 1 = ne sait pas
 2 = perte de poids entre 1 et 3 kg
 3 = pas de perte de poids

C Motricité
 0 = au lit ou au fauteuil
 1 = autonome à l'intérieur
 2 = sort du domicile

D Maladie aiguë ou stress psychologique au cours des 3 derniers mois?
 0 = oui 2 = non

E Problèmes neuropsychologiques
 0 = démence ou dépression sévère
 1 = démence légère
 2 = pas de problème psychologique

F Indice de masse corporelle (IMC) = poids en kg / (taille en m)²
 0 = IMC < 19
 1 = 19 ≤ IMC < 21
 2 = 21 ≤ IMC < 23
 3 = IMC ≥ 23

Score de dépistage (sous-total max. 14 points)

12-14 points: état nutritionnel normal
 8-11 points: à risque de dénutrition
 0-7 points: dénutrition avérée

Pour une évaluation approfondie, passez aux questions G-R

Evaluation globale

G Le patient vit-il de façon indépendante à domicile ?
 1 = oui 0 = non

H Prend plus de 3 médicaments par jour ?
 0 = oui 1 = non

I Escarres ou plaies cutanées ?
 0 = oui 1 = non

Ref. Vellas B, Villars H, Abellan G, et al. *Overview of the MNA® - Its History and Challenges*. J Nut Health Aging 2006;10:456-465.
 Rubenstein LZ, Harker JO, Salva A, Guigoz Y, Vellas B. *Screening for Undernutrition in Geriatric Practice: Developing the Short-Form Mini Nutritional Assessment (MNA-SF)*. J. Gerontol 2001;56A: M366-377.
 Guigoz Y. *The Mini-Nutritional Assessment (MNA®) Review of the Literature - What does it tell us?* J Nutr Health Aging 2006; 10:466-487.
 © Société des Produits Nestlé, S.A., Vevey, Switzerland, Trademark Owners
 © Nestlé, 1994, Revision 2006. N67200 12/99 10M
 Pour plus d'informations : www.mna-elderly.com

J Combien de véritables repas le patient prend-il par jour ?
 0 = 1 repas
 1 = 2 repas
 2 = 3 repas

K Consomme-t-il ?

- Une fois par jour au moins des produits laitiers? oui non
- Une ou deux fois par semaine des œufs ou des légumineuses oui non
- Chaque jour de la viande, du poisson ou de volaille oui non

0,0 = si 0 ou 1 oui
 0,5 = si 2 oui
 1,0 = si 3 oui

L Consomme-t-il au moins deux fois par jour des fruits ou des légumes ?
 0 = non 1 = oui

M Quelle quantité de boissons consomme-t-il par jour ? (eau, jus, café, thé, lait...)
 0,0 = moins de 3 verres
 0,5 = de 3 à 5 verres
 1,0 = plus de 5 verres

N Manière de se nourrir
 0 = nécessite une assistance
 1 = se nourrit seul avec difficulté
 2 = se nourrit seul sans difficulté

O Le patient se considère-t-il bien nourri ?
 0 = se considère comme dénutri
 1 = n'est pas certain de son état nutritionnel
 2 = se considère comme n'ayant pas de problème de nutrition

P Le patient se sent-il en meilleure ou en moins bonne santé que la plupart des personnes de son âge ?
 0,0 = moins bonne
 0,5 = ne sait pas
 1,0 = aussi bonne
 2,0 = meilleure

Q Circonférence brachiale (CB en cm)
 0,0 = CB < 21
 0,5 = CB ≤ 21 ≤ 22
 1,0 = CB > 22

R Circonférence du mollet (CM en cm)
 0 = CM < 31
 1 = CM ≥ 31

Évaluation globale (max. 16 points)

Score de dépistage

Score total (max. 30 points)

Appréciation de l'état nutritionnel

de 24 à 30 points état nutritionnel normal
 de 17 à 23,5 points risque de malnutrition
 moins de 17 points mauvais état nutritionnel

Facteurs prédictifs de la pneumopathie d'inhalation

La **pneumonie par aspiration** = pneumopathie d'inhalation est un **phénomène multifactoriel** et aucun prédicteur unique ne peut causer cette maladie. Une conclusion majeure est que la dysphagie et l'aspiration sont nécessaires mais pas suffisantes pour le développement de la pneumonie.

Des facteurs de risque prédictifs appartenant à quatre catégories principales :

état de santé / état de santé bucco-dentaire,

état de fonctionnement

état de déglutition / d'alimentation

ont été identifiés et leurs prédicteurs significatifs expliqués en termes de leur contribution à la pathogenèse de la pneumonie par aspiration. **La dépendance à l'alimentation était un facteur de prédiction puissant**, car elle tend à augmenter la quantité de matière aspirée, en particulier chez les patients souffrant de dysphagie.

Predictors of Aspiration Pneumonia: How Important Is Dysphagia?

1,2 1,3 4 4 Susan E. Langmore, PhD, Margaret S. Terpenning, MD, Anthony Schork, PhD, Yinmiao Chen, MS,
155 Joseph T. Murray, MA, Dennis Lopatin, PhD, and Walter J. Loesche, DMD, PhD

Troubles de la déglutition et infection: Journée du réseau des référents IAS en EHPAD CPIAS OCCITANIE Toulouse, 14 mai 2019
Emilie LORRAIN

V. RUGLIO Journées cliniques ORPHÉO

- Nîmes - Oct 2016

Langmore et al 1998 :

**Predictors of aspiration pneumonia:
How important is dysphagia?**

(Etude sur 189 patients > 60 ans)

La dysphagie est un facteur de risque important mais généralement insuffisant pour causer la pneumopathie, à moins que d'autres facteurs soient également présents :

- dépendance alimentation et toilette orale,
- nombre de dents malades,
- nombre de traitements médicamenteux,
- présence d'une alimentation artificielle,
- polyopathie,
- tabagisme actif.

*Troubles de la déglutition et infection: Journée du réseau des référents IAS en EHPAD CPIAS OCCITANIE
Toulouse, 14 mai 2019 Emilie LORRAIN*

Colonisation: flore oropharyngée altérée

Dépendance pour la toilette orale
Nombre de dents malades
Nombre de traitements médicamenteux
Présence d'une alimentation artificielle

Inhalation dans les poumons

Inhalation de gros volumes
(liquides, aliments,
RGO, salive)

Micro-inhalation
(salive, plaque dentaire,
RGO)

Dépendance à l'alimentation

Résistance de l'hôte

Clairance pulmonaire
Polypathologies
Réponse immunitaire systémique
Tabagisme actif

Pneumopathie

Agir en prévention: inter-professionnalité

- Parmi les conséquences de la **perte d'autonomie**, des études épidémiologiques ont en effet mis en avant une **corrélation entre haut niveau de dépendance et mauvais statut nutritionnel** (HAS, 2007).
- Bien que la nutrition chez les personnes âgées ait fait l'objet de nombreuses études, la dépendance alimentaire ne l'a pas été. Et pourtant, perdre l'habilité ou le désir de se nourrir peut précipiter les graves problèmes de malnutrition ou de déshydratation.
- Jusqu'à 84% des patients atteints d'Alzheimer présentent une dysphagie (P. Clavé, R. Terré, M. de Kraa, M. Serra 2004).
- Avantages d'une **approche multidisciplinaire**, de diagnostic et de traitement, soulignant le rôle des soins infirmiers et de l'orthophonie, afin de proposer des stratégies d'intervention visant à prévenir les complications et à améliorer la qualité de vie des personnes qui en souffrent (A.J Rodríguez Hernández, B. Martín Ávila 2008).

Corrélat et conséquences de la dépendance alimentaire chez les personnes âgées institutionnalisées
[Siebens H](#) , [Trupe E](#) , [Siebens A](#) , [Cook F](#) , [Anshen S](#) , [Hanauer R](#) , [Oster G](#) .

Troubles de la déglutition et infection: Journée du réseau des référents IAS en EHPAD CPIAS OCCITANIE Toulouse, 14 mai 2019
Emilie LORRAIN

Agir en prévention: inter-professionnalité

Expertise du médecin coordonnateur, de l'infirmier(ère) coordonnateur(trice) pour la prévention de la dénutrition et de la déshydratation, le maintien d'une hygiène bucco-dentaire stricte après chaque repas, le dépistage, la formation.

Expertise du dentiste pour le contrôle dentaire et les soins bucco-dentaires, la formation.

Expertise du diététicien(ne) nutritionniste qui s'assure de la correcte élaboration des textures et textures modifiées (+ formation) et définit les régimes nutritionnels, les menus.

Expertise du kinésithérapeute / ergothérapeute pour l'adaptation posturale, le dépistage, la formation.

Expertise de l'orthophoniste qui prescrit les consignes d'accompagnement au cours des repas et les adaptations de textures alimentaires et les consistances des boissons (outil international IDDSI). Il remplit le rôle de formateur des soignants en institution: aidants professionnels et des aidants familiaux.

Agir sur L'AUTONOMIE, LA BOUCHE et la CUISINE: diagramme ABC inspiré du travail de l'APPD et librement enrichi de ma pratique clinique sur le terrain.

Il effectue une prise en charge de stimulation cognitive, communicationnelle et sensorielle du patient.

Le plan de prévention pluridisciplinaire

Préserver les gestes quotidiens pour que la personne reste autonome même si elle est aidée: alimentation, hygiène bucco-dentaire

Autonomie

nettoyer

manger

Déglutition /
Oralité

Favoriser le **confort** de la mastication en entretenant régulièrement les dents, prothèses et gencives.

Soigner rigoureusement l'hygiène bucco-dentaire pour éviter le développement des bactéries nocives

Stimuler les sens de la personne au moment des repas: goût, odorat, toucher, vue, ouïe: **Sensorialité**

Bouche

Cuisine

stimuler



Changement de paradigme

L'AUTONOMIE

Troubles de la déglutition et infection: Journée du réseau des référents IAS en EHPAD CPIAS OCCITANIE Toulouse, 14 mai 2019
Emilie LORRAIN

Changement de paradigme: l'autonomie

L'expertise orthophonique au service de la prévention de l'épuisement des aidants professionnels et des aidants familiaux sur le terrain : comment repenser la prise en charge des patients Alzheimer mais aussi renforcer la formation de leurs aidants?

Contribution d'Emilie Lorrain, Orthophoniste Formatrice

annexée au rapport du groupe des 26 sur l'avenir des soins et de l'hôpital public en France "Changer la vie à l'hôpital" Mai 2018 pages 52 & 53 remis à Madame la Conseillère Santé du Président de la République, à Madame la Ministre de la Santé et Madame le Présidente des Affaires Sociales de l'Assemblée Nationale.

Améliorer la qualité de vie des patients et de leurs aidants? Cela ne sera pas possible si familles et professionnels impliqués dans les maladies neurodégénératives restent insuffisamment sensibilisés aux déficits sensoriels, qui peuvent fausser l'évaluation de la cognition. En effet, le degré de dépendance des patients à un stade moyen à avancé de la maladie ne cesse de croître si l'on ne prend pas en charge l'**hypo-réactivité sensorielle** qui est pourtant au premier plan chez ces patients. C'est sur ce point qu'il faut insister au quotidien, **la perte d'autonomie et donc l'épuisement des aidants vient d'une trop forte tendance à l'assistance totale dans les actes**, moins le patient fera et moins il saura faire et plus il se retirera de la communication: **l'autonomie aidée** est le seul vecteur de ralentissement de cette perte d'autonomie et donc de diminution de l'épuisement des aidants.

Troubles de la déglutition et infection: Journée du réseau des référents IAS en EHPAD CPIAS OCCITANIE Toulouse, 14 mai 2019
Emilie LORRAIN

L'autonomie aidée

- Accompagnement gestuel
- Accompagnement verbal
- Posture
- Hygiène bucco-dentaire et contrôle dentaire régulier
- Textures et goût
- Sensorialité / Oralité
- Plaisir

Le principe d'autonomie aidée

Préserver l'autonomie des résidents à table

1. pour manger seul
2. pour mâcher
3. pour se posturer
4. l'aide raisonnée des personnes dépendantes

Principe de l'autonomie aidée

Le fait pour le résident de réaliser le geste pour porter le verre ou l'aliment à la bouche, même en étant presque totalement aidé, permet une proprioception dans la main et le bras qui permet d'anticiper le geste de mise en bouche. Ceci illustre l'importance d'impliquer le résident dans les gestes réalisés pour l'aider : c'est le principe de l'autonomie aidée.

Y Tannou, X Cormary. Prévention des troubles de la déglutition en neuro-gériatrie L'Orthophoniste N°341 page 21 2014 / Lot DPC 2013, Toulouse DPC 2014

- Une étude a révélé l'intérêt diagnostique de l'étude des relations perception/action au cours du vieillissement. Des profils de réponse spécifiques ont été observés chez des patients de type Alzheimer lors de tâches testant les relations perception/action. Ces études apportent des arguments en faveur d'un rôle important de l'action dans la perception et la cognition.

« Liage sensoriel par l'action: rôle des modèles internes et approche diagnostique dans le cadre de la maladie d'Alzheimer » Xavier Corveleyn

Troubles de la déglutition et infection: Journée du réseau des référents IAS en EHPAD CPIAS OCCITANIE Toulouse, 14 mai 2019
Emilie LORRAIN

Le principe d'autonomie aidée

La **déprivation sensorielle*** par introduction de textures alimentaires simplifiées lorsque celles-ci ne sont pas motivées par l'expertise orthophonique est délétère.

Elle va à l'encontre de la nécessité d'augmenter le niveau de stimulation par l'aliment, pour dépasser les défaillances de la mémoire sensorielle et de la mémoire de travail.

Elle entraîne la réduction des capacités d'anticipation.

L'assistance totale à la nutrition: supplantation du geste du patient par celui du soignant, élimine toute possibilité de s'appuyer sur le mémoire procédurale restante et expose le patient à perdre encore plus ses procédures restantes, par défaut d'usage: on constate encore trop souvent sur le terrain des comportements inadaptés de sur-assistance dans un but non raisonné de gagner du temps...

L'AUTONOMIE AIDÉE consiste à préserver le geste du patient autonome ou partiellement aidé: augmentation des afférences neurologiques pour que le tronc cérébral déclenche le geste de déglutition.

*Déprivation: privation d'une chose, d'une compétence à laquelle on avait accès avant. Notion de récupération par la pratique, l'entraînement et la stimulation.

Le soutien du geste de mise en bouche: accompagnement gestuel

Aider les procédures préparatoires du traitement buccal en accompagnant le geste, en le suscitant par une **verbalisation préalable**, en cherchant au maximum l'autonomie du patient (verbalisation perpétuelle de la préhension du couvert, des aliments, de la mise en bouche assistée en tenant la main avec si nécessaire un geste main-bouche, de la préhension labiale),

1. Le patient peut tenir le couvert mais son geste est imprécis ou non initié:

Le soignant soutient le geste du patient en mettant sa main sous celle du patient en **hand-OVER-hand**.

2. Le patient NE peut tenir le couvert mais il attrape les aliments avec les doigts: finger food / manger main

Le soignant le laisse faire puis si les aliments ne s'y prêtent pas:

Le soignant tient le couvert et le patient pose sa main sur son avant-bras ou sa main en **hand-UNDER-hand**.

Comparaison expérimentale de l'efficacité de trois techniques d'alimentation manuelle dans la démence BATCHELOR-MURPHY ET AL.
APRIL 2017–VOL. 65, NO. 4 JAGS Journal compilation © 2017, The American Geriatrics Society

Troubles de la déglutition et infection: Journée du réseau des référents IAS en EHPAD CPIAS OCCITANIE Toulouse, 14 mai 2019
Emilie LORRAIN

Le soutien du geste de mise en bouche: l'aide raisonnée

Pas d'obligation pour le soignant de rester continuellement assis auprès du patient: on voit encore trop souvent dans les établissements des procédures de sanction des soignants qui se lèvent au cours des repas.

En effet, il est bien plus confortable à la fois pour le patient et le soignant que ce dernier puisse **se tenir debout derrière le patient assis pour soutenir son geste de mise en bouche en hand-OVER-hand ou hand-UNDER-hand.**

Cela a aussi l'avantage d'éviter l'émergence d'une distractibilité accrue du patient qui parfois est plus en recherche de lien par le canal visuel ce qui vient parasiter sa vigilance lors du repas et également l'avantage d'une **position enveloppante non intrusive du soignant et renarcissisante pour le patient** qui se sent plus autonome.

D'autant que nombre de patients n'ont souvent besoin que d'une aide à l'initiation du geste de mise en bouche, donc si le soignant est mobile, il pourra aider ponctuellement plusieurs résidents.

Le soutien du geste de mise en bouche: accompagnement verbal

- Outre l'accompagnement gestuel du geste de mise en bouche, le soignant va aider au déclenchement de la déglutition par un travail verbal sur les afférences neurologiques: importance du travail ciblé de la **sensorialité**:
- voir, sentir, goûter, promener en bouche, en parler... avec une verbalisation constante des goûts, textures, températures, demandes d'avaler (« Collez la langue au palais et avalez ») avec si nécessaire stimulation du plancher de bouche.
- Associé à un **travail sensoriel plus large** (rôle et expertise des orthophonistes: Montessori, stimulations augmentées, langage verbal et non verbal).

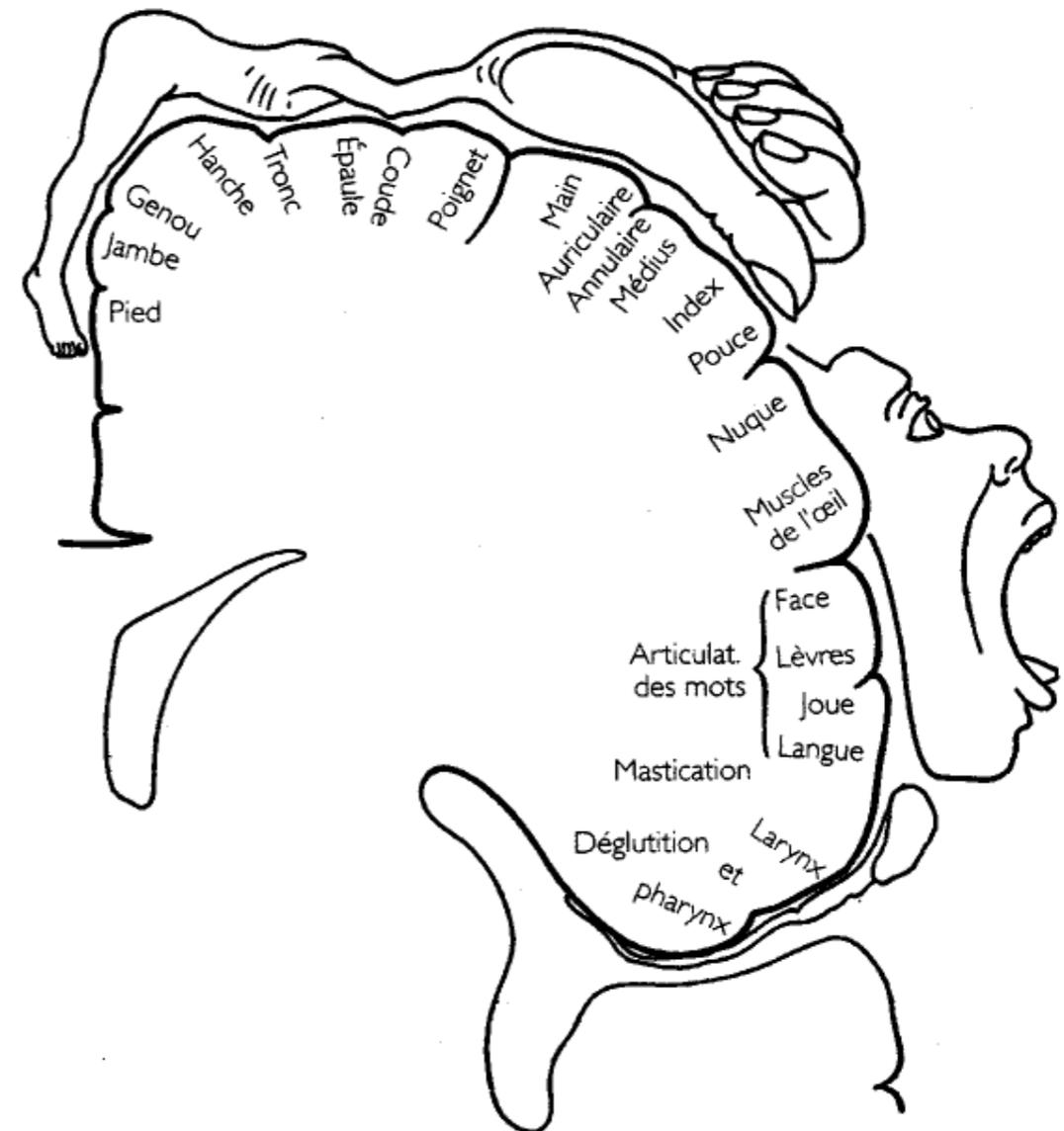
Le manger main

Il est intéressant de prendre en considération la **proximité et l'importance des zones neuronales de la main et de la bouche** comme on peut le constater sur « l'homonculus de Penfield » (Penfield & Rasmussen, 1950) qui associe chaque région corporelle à une zone du cortex.

On observe sur cette représentation que la **zone** du visage (notamment la **bouche et la langue**) et celle de la **main** sont **surdéveloppées** par rapport aux autres parties du corps.

'Le manger main.' LEROUX-Céline-memoire-2018-Manger-mains-DTA.pdf, Céline Leroux | Mémoire de fin d'études | ILFOMER | 2017/2018 25 Licence CC BY-NC-ND 3.0

Troubles de la déglutition et infection: Journée du réseau des référents IAS en EHPAD CPIAS OCCITANIE Toulouse, 14 mai 2019
Emilie LORRAIN



Représentation des aires motrices le long de la frontale ascendante (d'après Penfield et Rasmussen).

Le manger main

Ceci démontre une densité importante des récepteurs sensitifs (De Vignemont, 2007). Elles sont également en continuité l'une de l'autre. Cette proximité corticale permet de « *prêter quasiment les mêmes qualités morphologiques et neurosensorielles aux doigts et à la bouche* » (Gladic et Mofront cités par Pléau, 2015).

La stimulation des mains active donc celle de la bouche et inversement démontrant l'importance d'amener soi-même la nourriture à la bouche avec sa main (avec ou sans couvert).

Les capacités sensorielles sont altérées par l'âge et la DTA, tous les sens s'émoussent (Leopold & Kagel, 1997; Rio et al., 2011) et il est donc d'autant plus important de **placer le patient dans une situation d'alimentation où il pourra repérer, ressentir et bénéficier un maximum d'indices sensoriels** (Shune et al., 2016).

Importance pour les soignants de ne pas vouloir toujours respecter les codes et conventions sociales apprises: ne pas mettre 3 couverts en systématique au risque de perturber la mémoire procédurale du patient qui peut souvent être distractible.

La notion de plaisir alimentaire

L'appréciation d'un plat par un sujet dépend donc de la façon dont celui-ci le perçoit,

- soit à travers les **propriétés physico-chimiques du plat** (sucré, salé, amer, etc.) – on parle alors de **perception dirigée par les stimuli (*bottom-up*)** –,
- soit à travers la **représentation du plat en mémoire** chez ce sujet (tarte de maman, poule au pot du dimanche , etc.) – on parle alors de **perception dirigée par les concepts (*top-down*)** (Weil-Barais et Dubois, 1998). Les représentations en mémoire ont la particularité d'exister et de fonctionner en l'absence de stimuli et intègrent des propriétés sémantiques liées au sujet (déterminants culturels, générationnels, croyances, pratiques, familiarité, souvenirs...) et liées à l'aliment (couleur, aspect, texture, odeur...).

'PERCEPTION, PRÉFÉRENCES ET CONSOMMATION ALIMENTAIRES CHEZ LES PERSONNES ÂGÉES ATTEINTES DE LA MALADIE D'ALZHEIMER' Virginie Pouyet, Agnès Giboreau, Gérard Cuvelier et Linda Benattar ERES | « Cliniques » 2013/2 N° 6 | pages 217 à 232

Troubles de la déglutition et infection: Journée du réseau des référents IAS en EHPAD CPIAS OCCITANIE Toulouse, 14 mai 2019
Emilie LORRAIN

La notion de perception alimentaire

(1) Chez les personnes âgées atteintes de la maladie d'Alzheimer, les processus de perception *bottom-up* et *top-down* se trouvent modifiés à cause des troubles physiques, physiologiques et psychologiques associés à l'âge et/ou à la maladie. Ainsi, la reconnaissance alimentaire faisant appel aux voies associatives de la mémoire étant altérée, les préférences alimentaires peuvent s'en trouver impactées.

Évolution des préférences alimentaires dans la maladie d'Alzheimer:

Dans la maladie d'Alzheimer, les déficits sensoriels sont encore plus accentués que dans le vieillissement normal. L'olfaction est largement touchée (sensibilité, discrimination et surtout reconnaissance et identification), et ce dès les premiers stades de la maladie (Nordin et Murphy, 2002). M. Ikeda et ses coll. (2002) montrent un changement des préférences alimentaires chez les personnes âgées Alzheimer, avec un attrait pour les produits sucrés. L'hypothèse pour expliquer cette attirance est que le goût pour la saveur sucrée est le mieux préservé dans l'âge et la maladie.

Outre le déclin des capacités gustatives et olfactives, les personnes âgées atteintes de la maladie d'Alzheimer souffrent également d'une diminution de l'acuité visuelle, dont une diminution de la sensibilité aux contrastes (Gilmore et coll., 2005 ; Rizzo et coll., 2000).

(1) 'PERCEPTION, PRÉFÉRENCES ET CONSOMMATION ALIMENTAIRES CHEZ LES PERSONNES ÂGÉES ATTEINTES DE LA MALADIE D'ALZHEIMER' Virginie Pouyet, Agnès Giboreau, Gérard Cuvelier et Linda Benattar ERES | « Cliniques » 2013/2 N° 6 | pages 217 à 232

Conclusion

« Ne plus voir l'alimentation des personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer seulement à l'échelle nutritionnelle mais à l'échelle du repas, avec l'ensemble des composantes sociales, psychologiques et physiologiques, tel est le défi de demain pour accompagner au mieux les malades et qu'ils retrouvent le plaisir de manger (1)» en toute sécurité avec l'accompagnement adapté.

« Car manger n'est pas seulement un besoin physiologique, une nécessité vitale mais un acte hédonique, relationnel, culturel, symbolique et affectif » Rio et al., 2011

que l'orthophoniste doit soutenir par un travail sensoriel associé à l'accompagnement des aidants professionnels et familiaux.

Troubles de la déglutition et infection: Journée du réseau des référents IAS en EHPAD

CPIAS OCCITANIE Toulouse, 14 mai 2019

Emilie LORRAIN ORTHOPHONISTE

