



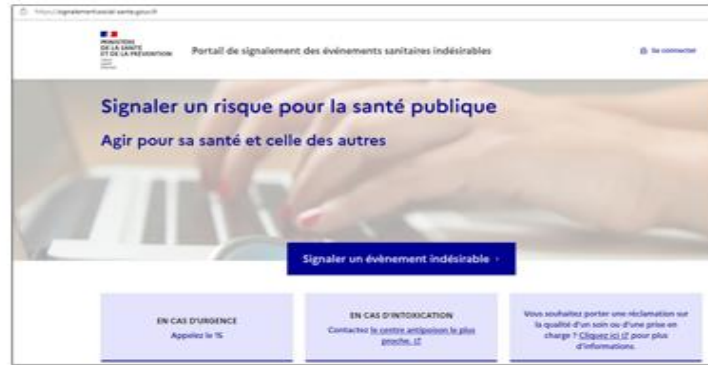
EIGS et troubles de la déglutition

Action financée par l'ARS Nouvelle-Aquitaine dans le cadre
du CPOM ARS-CCECQA 2023-2027

Mardi 26 novembre 2024
de 14h30 à 15h30

Dr Véronique GARCIA,
chef de projet & responsable GDR, CCECQA
Valérie ETCHEGORRY,
chargée de missions EIGS, CCECQA
Pr Jean-Claude DESPORT,
Professeur de Nutrition, Inserm U1094 / IRD U270,
Faculté de Médecine, Limoges
Président CERENUT

EIGS/Fausse route: modalités de sollicitation du CCEQCA



Signaler un événement sanitaire indésirable

Vous souhaitez être guidé pour identifier la vigilance concernée (sion cochez une case ci-dessous)

Si la vigilance relative à votre signalement n'apparaît pas dans la liste ci-dessous, vous pouvez la retrouver en parcourant les autres catégories proposées :

Les vigilances les plus signalées : **Événement indésirable associé à des soins**, Effet sanitaire indésirable suspecté d'être lié à des produits de consommation, Maladie nécessitant une intervention de l'autorité sanitaire et une surveillance continue, Cybercriminalité, Observatoire national des violences en santé (ONVIS), Effet sanitaire indésirable suspecté d'être lié à un dispositif ou un acte sans finalité médicale, y compris esthétique

Événements indésirables graves associés à des soins (EIGS) - déclaration - 1ère partie

Le signalement d'un EIGS s'effectue en 2 étapes: le signalement initial (partie 1) suivi 3 mois plus tard d'une analyse des causes (partie 2)

Aide à la déclaration : Modèle de formulaire

Ce modèle vous permet de préparer LA SAISIE EN LIGNE de votre déclaration.

Vous êtes : PROFESSIONNEL_SANTE

Vous souhaitez déclarer : EIGS_VOLET1

Organisation pour réaliser l'analyse de l'EIGS

Décrivez comment vous allez vous organiser pour réaliser l'analyse approfondie de l'EIGS

Avez-vous, en interne, les ressources et la compétence nécessaires à l'analyse approfondie de cet événement ?

Souhaitez-vous l'appui d'une expertise externe pour réaliser l'analyse approfondie de l'EIGS ?



Mission EIGS

CCECQA

AGISSONS POUR DEMAIN



Structure S ou MS

Structure MS

EIGS

Fausse route

ars Agence Régionale de Santé Nouvelle-Aquitaine

FICHE DE SIGNALEMENT EVENEMENT INDESIRABLE GRAVE Mise à jour Janvier 2017

Etablissements et services médicosociaux

Fiche à adresser dans les meilleurs délais au point focal régional :

Signaler, alerter

Point focal

0 809 400 004 Service grand public

@ ars33-alerte@ars.sante.fr

Plateforme régionale de veille et d'urgences sanitaires

24h/24

Nouvelle-Aquitaine

Date et heure du signalement

NATURE DE L'EVENEMENT / DYSFONCTIONNEMENT SIGNALE

4- Accident ou incident lié à une erreur ou un défaut de soin ou de surveillance

Non-respect de la prescription médicale Erreur Adm. Du médicament

Traitement inadapté Accidents corporels (chutes & fractures)

Absence, erreur ou retard de prise en charge ou de Traitement

Escarres Fausse route Dénutrition Déshydratation Chute

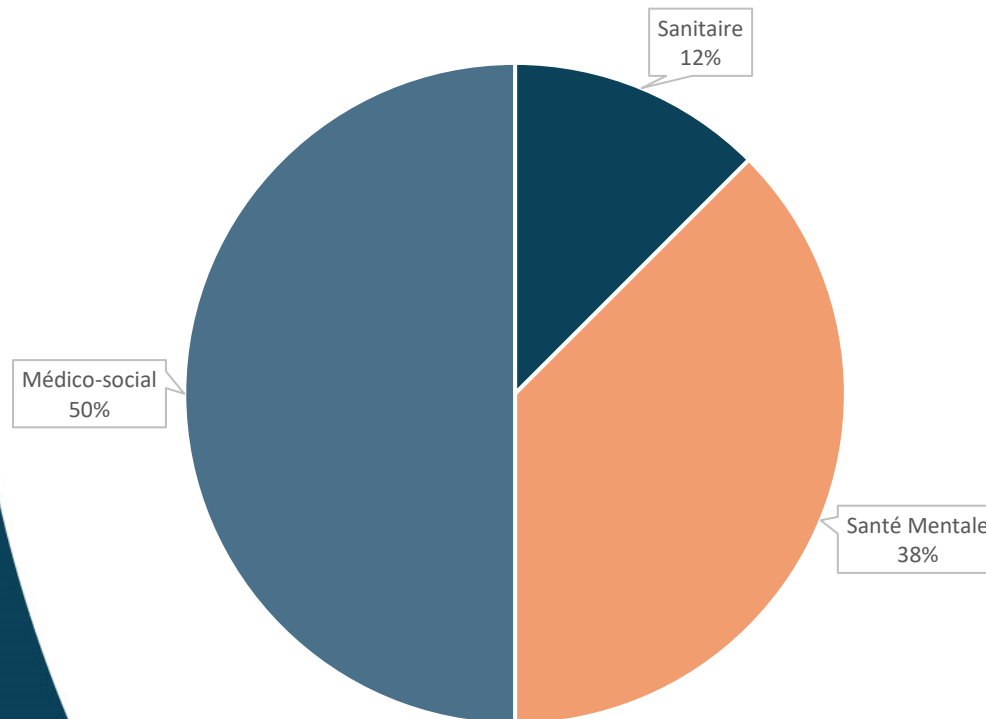
Autre (Précisez)

Analyse approfondie des causes de l'EIG/EIGS

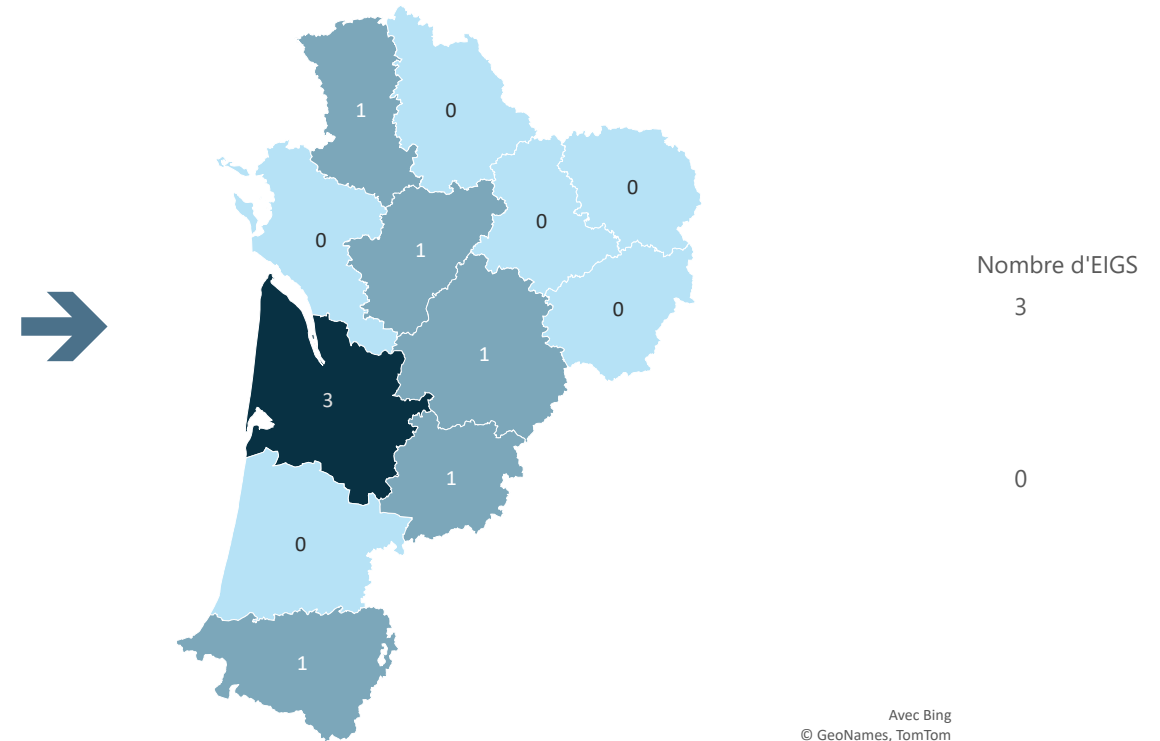
Accompagnements à l'analyse des EIGS en lien avec une fausse route par le CCECQA (méthode ALARM)

Depuis 2012, N = 319 → 8 pour « fausse route »

Secteur concerné par l'EIGS

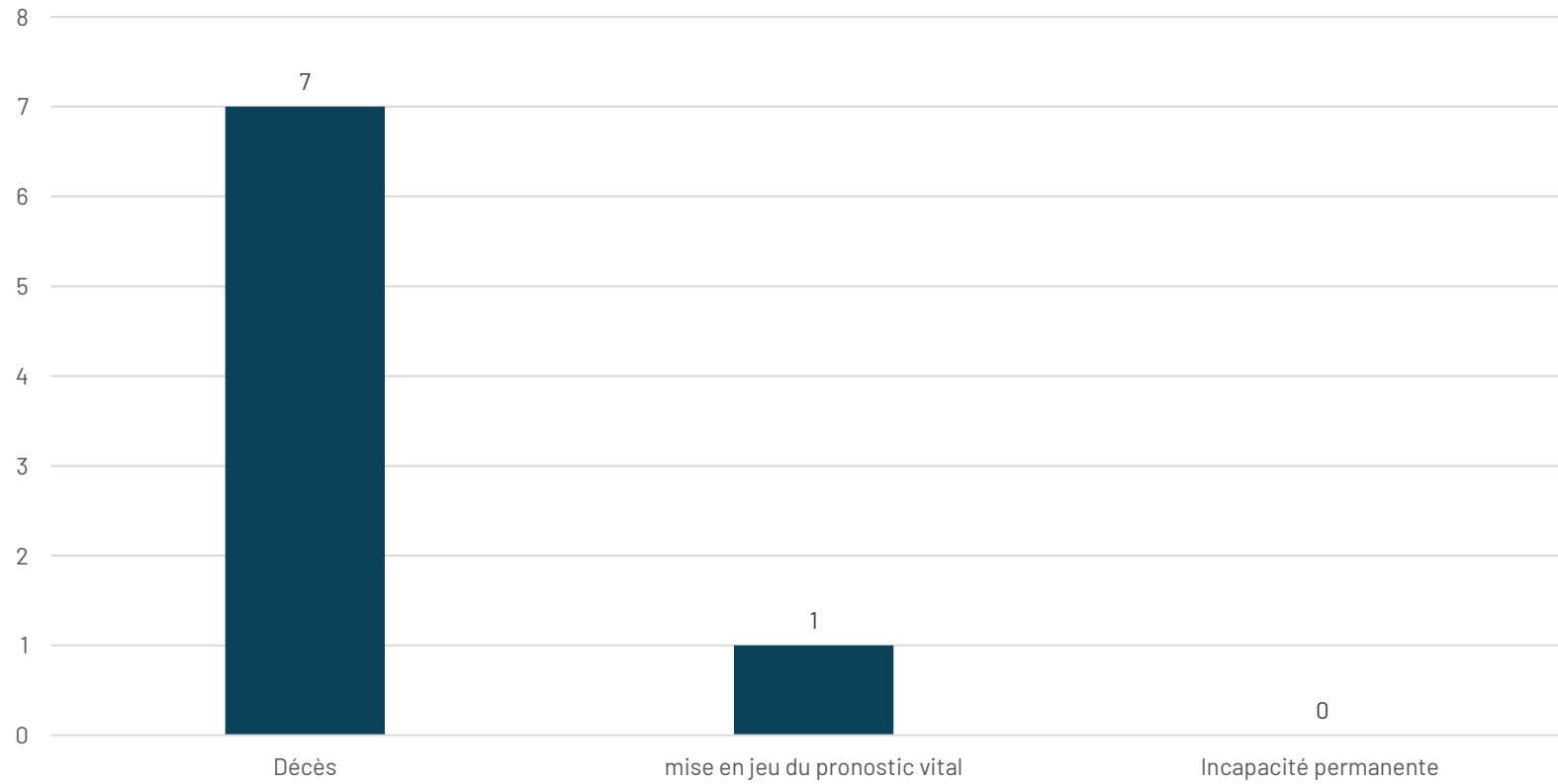


Répartition géographique des demandes d'accompagnements par le CCECQA / EIGS-Fausse route



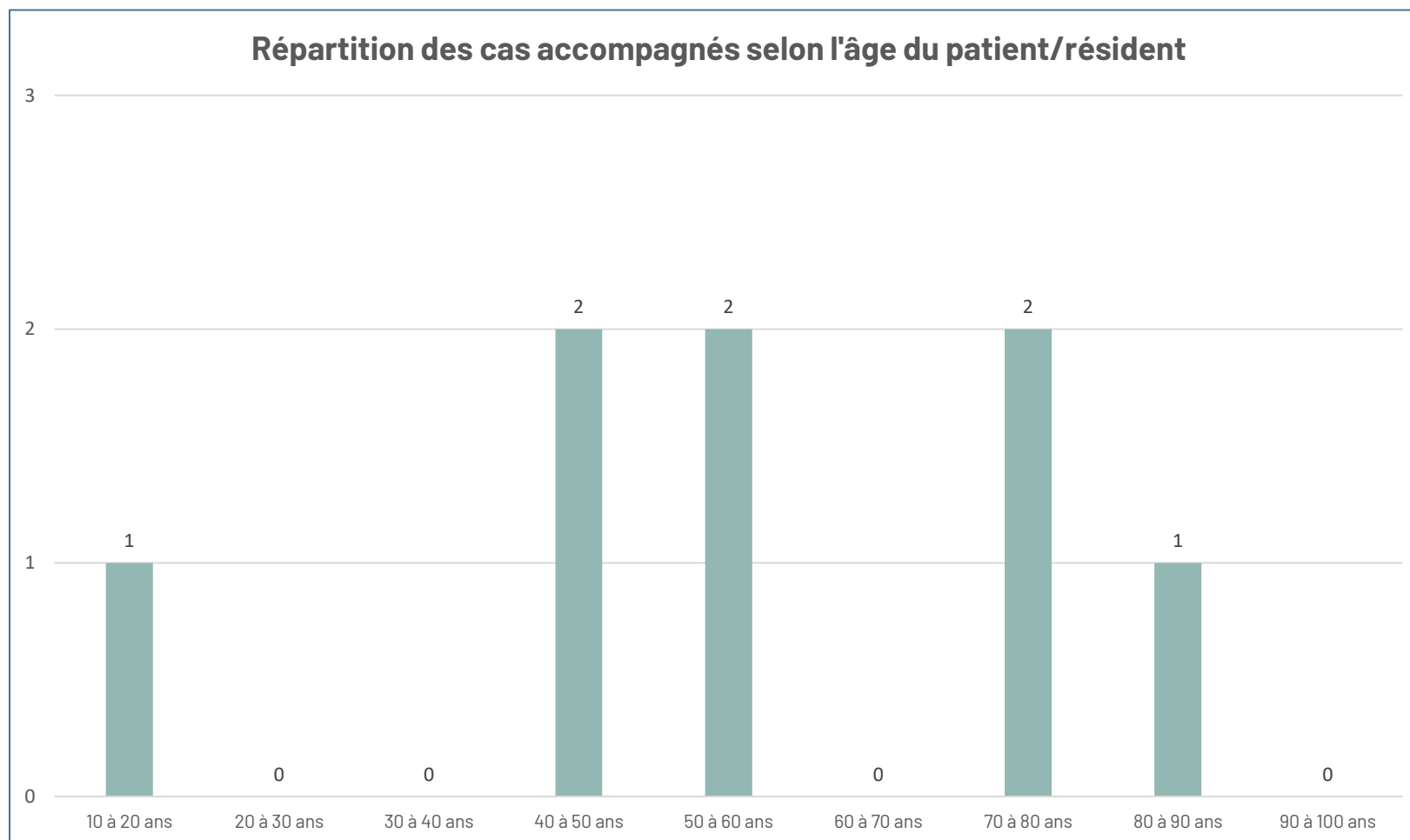
Conséquences des cas accompagnés par le CCECQA

Conséquences des événements "Fausse route" accompagnés par le CCECQA



Répartition des cas accompagnés par le CCECQA selon le sexe et l'âge du patient/résident concerné

← 4 femmes →
→ 4 hommes ←



Causes immédiates identifiées lors des AAC réalisées avec le CCECQA

- Fausse route survenue au décours d'une prise alimentaire dans 5 cas sur 8

Parmi les causes immédiates identifiées :

- Sous-estimation des facteurs de risques de fausse route en lien avec troubles de déglutition
- Défaut de surveillance / risque élevé de fausse route
- Administration d'un médicament non écrasé
- ...

Facteurs liés au patient/résident

Antécédents de fausse route

Traitement psychotrope

Etat buccodentaire altéré

Hyperphagie/gloutonnerie

Facteurs contributifs identifiés lors des AAC

Facteurs liés au professionnel

- Sous-estimation des risques de FR alimentaires
- Sous-estimation de la gravité de l'état clinique
- Manque de connaissance, d'expérience/FR
- Utilisation d'acronymes non compréhensibles pour tous les soignants

Facteurs liés à l'équipe

- Défaut de transmission des infos médicales (ATCD, traitement)
- Défaut de communication inter-ES
- Equipe non formée à la PEC d'un résident à risque de FR

Facteurs liés aux tâches

- Absence de consignes/surveillance FR
- Absence de bilan de déglutition
- Interruption de tâches

Facteurs liés à l'environnement

- Architecture de la salle de restauration ne facilitant pas la surveillance de tous les résidents au moment du repas
- Résidents à risque de fausse route assis à table au milieu des autres résidents
- Ergonomie DPI : infos tracées par médecin mais non visibles par IDE ; dossier mixte papier et informatique (perte de données)

Facteurs liés à l'organisation, au management

- Charge de travail importante
- Glissement de tâches pour la surveillance des repas
- Manque de ressources : diététicienne, psychomotricienne, ergothérapeute, médecin coordonnateur
- Manque de coordination lors des staffs
- Absence de formation sur les troubles de la déglutition et conduite à tenir pour prévenir les fausses routes

Facteurs liés à l'institution

- Recrutements médicaux et paramédicaux difficiles
- Ressources sanitaires insuffisantes
- Hébergement inadapté par rapport aux besoins de la personne accompagnée

Actions issues des AAC réalisées avec le CCECQA

Formation

- Former les équipes au dépistage et à la surveillance des troubles de la déglutition
- Poursuivre les formations (et actualisations) aux Gestes d'urgences
- ...

Outils

- Actualiser le protocole « Urgence vitale » + revoir composition du matériel de la trousse d'urgence (Pince de Magill)
- Formaliser une CAT en cas de fausse route
- Construire en équipe un protocole de surveillance et de prise en charge des résidents présentant des troubles de la déglutition
- Contacter l'éditeur de logiciel du DPI afin qu'il fasse évoluer le logiciel et qu'il crée une alerte « trouble de la déglutition, risque de fausse route » lisible et ergonomique pour tous les soignants
- ...

Communication / transmission des informations

- Assurer la traçabilité des infos médicales dans DPI et en garantir l'accessibilité aux paramédicaux
- Lorsqu'un patient est identifié à risques de fausses routes, informer systématiquement le pharmacien afin qu'il puisse conseiller :
 - Le médecin dans sa prescription de formes galéniques adaptées
 - Les IDE lors de l'administration du traitement
- Mettre en œuvre un staff pluridisciplinaire pour faciliter le partage d'informations
- ...

Organisation

- Réfléchir en équipe (direction – cadres – soignants) à une optimisation de l'organisation des repas dans des locaux peu appropriés à la surveillance des résidents les plus à risque de fausse route :
 - Regrouper à la même table les patients qui présentent des risques de fausse route et ne pas mélanger les textures
 - Organiser l'espace de restauration de façon à supprimer les « angles morts »
- Echanger, dans le cadre de la direction commune, sur un projet de coordination pour partager les compétences médicales et paramédicales disponibles sur le territoire, dans l'objectif de l'amélioration de la sécurité des soins.
- Réaliser systématiquement un bilan de déglutition, à l'arrivée de chaque nouveau résident et régulièrement tout au long du séjour, d'autant plus si traitement avec médicaments psychotropes
- Formaliser les prescriptions de régime des résidents avec troubles de la déglutition par les professionnels habilités, ...

Quelques ressources proposées
par la FORAP et le CCECQA ...

FICHE RÉFLEXE

Suicide/tentative de suicide : toujours inévitable ?

FICHE RÉFLEXE

Transferts interétablissements

Mots-clés : transfert interétablissement, parcours de soins, filières, coordination des soins, permanence des soins, répertoire opérationnel des ressources (ROR), régulation médicale, gestion des lits d'aval, tensions sanitaires, communication, pluriprofessionnalité

Secteur : toutes structures

La loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé renforce la prévention et la promotion de la santé. C'est dans ce cadre qu'elle appuie la nécessité de mettre en place des parcours de soins.

Le parcours de soins s'entend comme la prise en charge globale, structurée et continue des patients, au plus près de chez eux, avec comme objectif de permettre à chacun de recevoir « les bons soins, par les bons professionnels, dans les bonnes structures, au bon moment ».

Ces parcours, déjà travaillés en intrahospitalier, doivent également se décliner, via des conventions en interétablissements, sanitaires et médico-sociaux, publics, privés et de ville.

A ce jour, les parcours interétablissements génèrent de nombreux presque/accidents ou événements indésirables graves faute de :

- **concertation et coopération entre les professionnels,**
- **fluidité** du parcours (modalités de transfert, disponibilité des lits),
- **sécurisation de la prise en charge** (compétences, présence des professionnels, matériels sur site)

comme en témoignent les RETEX ci-après.



Ce que l'on retient

- Dans le contexte actuel de crise sanitaire, de tension d'effectifs soignants et de contraintes de places mises à disposition dans les établissements de santé, les transferts interétablissements se sont multipliés dans des conditions parfois aléatoires, susceptibles de générer des EIGS.
- Les Structures Régionales d'Appui (SRA) sont de plus en plus sollicitées pour accompagner les professionnels de santé dans l'analyse d'événements interéquipes et interétablissements, en collaboration avec les équipes de SAMU / SMUR, du SDIS ou de sociétés de transports privées.
- L'organisation de ces rencontres se révèle souvent complexe et chronophage mais elles n'en sont pas moins constructives et porteuses de sens lorsque tous les professionnels concernés participent à l'analyse.
- Ces réunions d'analyse permettent de sécuriser les parcours des patient et de formaliser des organisations avec l'ensemble des acteurs territoriaux, parfois sous forme de filières de soins. Elles sont aussi des opportunités de rencontres et d'échanges entre professionnels issus de milieux hétérogènes et équipes de Direction.



Analyse Approfondie de Cas n° 57: Décès par fausse route consécutive à un malaise avec convulsions



Analyse Approfondie de Cas N° 90 Fausse route alimentaire en EHPAD

Date de parution : octobre 2020

- **Catégorie :** EHPAD
- **Nature des soins :** Prise en charge et accompagnement des patients au moment des repas

RÉSUMÉ/ SYNTHÈSE DE L'EI

Une femme de 81 ans est admise le 9 décembre au sein d'un établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD). Son maintien à domicile n'est plus possible en raison de ses troubles psychiatriques et de ses difficultés sociales.

Elle a été transférée de l'unité de psychogériatrie du centre hospitalier voisin. Elle y séjourne depuis 6 mois pour motif d'anxiété avec délire de persécution. Au décours de son séjour, elle a présenté une fausse route. Une manœuvre de Heimlich a été pratiquée avec une issue favorable suivie d'une modification de son régime alimentaire.

Une première hospitalisation de 7 semaines avait eu lieu dans cette même unité de psychogériatrie 8 mois auparavant. À son admission à l'EHPAD, la patiente présente une altération de la perception de la réalité avec des propos délirants et une fluctuation de l'humeur, dans un contexte anxio-dépressif, sans perte notable de mémoire. La patiente est porteuse de nombreuses pathologies somatiques traitées et elle est évaluée GIR 4. Son traitement comporte des médicaments à visée cardiologique et un antidépresseur (mirtazapine 15 mg/jour). Dès son admission, l'équipe demande une évaluation de la déglutition de la patiente car elle refuse une alimentation mixée. Mais cette demande reste sans suite car les orthophonistes susceptibles de réaliser cet examen ne sont pas disponibles.

Le 10 mars, un traitement par neuroleptique est instauré en raison de l'agitation du syndrome délirant jour. La manœuvre de Heimlich le dimanche 25 juin, lors du repas de midi, la résidente manifeste des troubles aigus de la respiration, rapidement attribués par les soignants à une fausse route. Plusieurs tentatives de libération des voies respiratoires selon la méthode de Heimlich sont mises en œuvre, sans succès. Les manœuvres directes d'extraction du corps étranger respiratoire sont infructueuses. La ventilation par ballon auto-remplisseur à valve unidirectionnelle (BAVU) ne permet pas la reprise d'une ventilation efficace. La patiente décède malgré l'intervention des pompiers et du médecin libéral de garde.

CARACTÉRISTIQUES :

Gravité : décès



ÉLÉMENTS MARQUANTS

ÉLÉMENTS MARQUANTS

Les troubles de la déglutition sont si fréquents chez les personnes âgées qu'ils en deviennent « ordinaires », voire même insignifiants parfois... On estime pourtant qu'environ 30 à 50 % des résidents en EHPAD en sont atteints.* Et la réponse convenue consiste alors souvent à mettre en place une alimentation mixée.

Les étiologies sont multiples et mal connues. Leur exploration fait appel à des compétences spécifiques et vont permettre une évaluation structurée. Les réponses pourront alors être adaptées selon les causes neurologiques, ORL, bucco-dentaires et la iatrogénie médicamenteuse entre autres.

Les conséquences cliniques sont nombreuses et souvent graves comme les pneumopathies, les risques de malnutrition et de déshydratation, les difficultés à prendre des traitements médicamenteux.

Mais surtout, c'est le risque de fausse route et d'asphyxie qui prédomine et il importe de maîtriser les gestes d'urgence et de disposer du matériel adéquat à proximité lorsque l'accident survient. On estime que les troubles de la déglutition sont responsables de 4000 décès par an.

*F. Pouloux et coll. Rev Mal Respir 2009 ; 26 : 1587-605. Doi : 10.10182/20090402.



Juillet 2014

Quand le repas devient une épreuve pour le patient et le soignant

INCIDENT

M. Y, 80 ans, est hospitalisé dans une unité de moyen séjour pour suite de prise en charge d'un AVC. Suite au décès de son épouse il y a 1 an, M. Y a été mis sous neuroleptique pour dépression installée avec agitation. Ce mardi 24 juin, à 18h30, M. Y prend son dîner comme à son habitude dans sa chambre, sous la surveillance d'une aide-soignante (AS) partagée entre 3 chambres. Deux autres soignants, une infirmière (IDE) et un AS, sont présents dans l'unité, mais sont occupés auprès d'un patient qui le nécessite. Le début du repas (soupe) se déroule sans incident et c'est lors du plat suivant (pâtes) vers 18h40, que l'AS observe la suffocation discrète de M. Y. La soignante lui donne tout de suite des tapes dans le dos, et appelle l'IDE. Celle-ci procède plusieurs fois à la manœuvre de Heimlich en se positionnant derrière le patient assis sur son lit. Le patient perd connaissance et s'effondre. M. Y est alors mis en position latérale de sécurité sur son lit, puis sur le dos pour effectuer un massage cardiaque externe. L'IDE demande à l'AS d'appeler l'accueil pour faire venir le médecin de garde, mais ce dernier est déjà sur une autre intervention urgente. Le sac d'urgence, qui se trouve dans une autre unité, est cherché par l'AS et la réanimation est entamée par l'infirmière avec massage cardiaque externe, extraction des débris alimentaires au doigt et tentative d'aspiration. Le médecin de garde arrive à 18h50, et installe une planche à masser le patient avant de poursuivre le massage cardiaque externe en alternance avec les aspirations et la ventilation au masque. À 19h15, la fin de la réanimation est décidée.

Cause immédiate

Surveillance inadéquate au patient à risque de fausse route

Causes racines

- Non identification d'un patient à risque de fausse-route (post AVC et neuroleptique)
- Inadéquation de l'alimentation
- Gestes d'urgence et de réanimation inadéquats (massage cardiaque sur le lit).
- Matériel d'aspiration bronchique et d'oxygénothérapie obsolète

La prévalence de la dysphagie varie selon les études de 10 à 30 % parmi les patients âgés à domicile et de 30 à 70 % parmi les patients âgés hébergés en Institution (...). Le réflexe de la toux permet d'expulser les aliments inhalés accidentellement afin de protéger les voies respiratoires, mais il est à noter que chez les personnes âgées, ce réflexe perd de sa sensibilité. Les fausses-routes sont alors silencieuses et passent inaperçues.

Finiels H, Strubel S, Jacquot JM. Les troubles de la déglutition du sujet âgé. Aspects épidémiologiques. Press Med 2001;30:1623-34.



Professeur Jean-Claude DESPORT

Professeur de Nutrition, Inserm U1094 / IRD U270,
Faculté de Médecine, Limoges
Président CERENUT

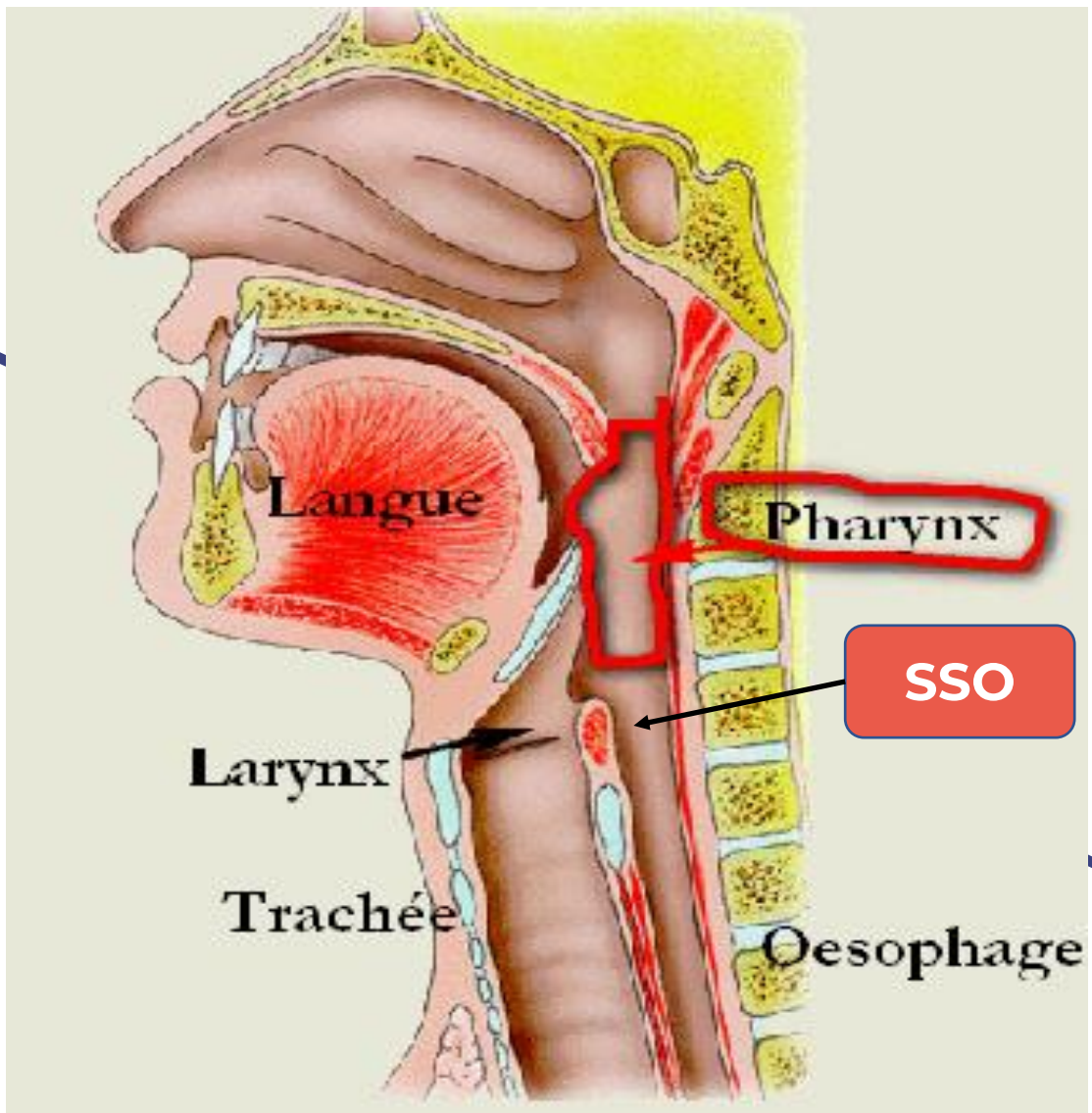
Les troubles de la déglutition

Jean Claude Desport^{1,2}, Carole Villemonteix¹, Clément Le Bleis¹, Christelle Mourot Saran¹, Sandra Guérin¹,
Aurélie Lavaud¹, Jean louis Fraysse^{1,3}

¹Centre de Ressources en Nutrition (CERENUT), Nouvelle Aquitaine, Isle (87)

²Inserm U1094 / IRD U270, Faculté de Médecine, Limoges (87), ³Botdesign, Toulouse (3)

Depuis la
bouche



Jusqu'à
l'entrée
de
l'estomac



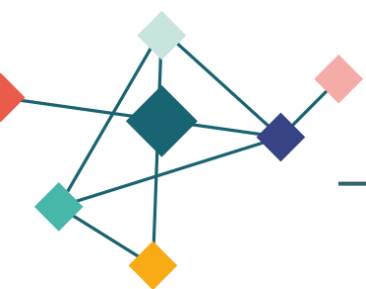
La déglutition en 3 phases :

Orale **volontaire** **durée variable**
- Bouche = lèvres / joues / langue / dents / gencives / palais

Pharyngo – laryngée **réflexe** **< 1 seconde**
- Muscles pharyngés / larynx / SSO* + **blocage respiratoire**

Œsophagienne **réflexe** **durée variable**
- Muscles œsophagiens

*SSO : sphincter supérieur de l'oesophage

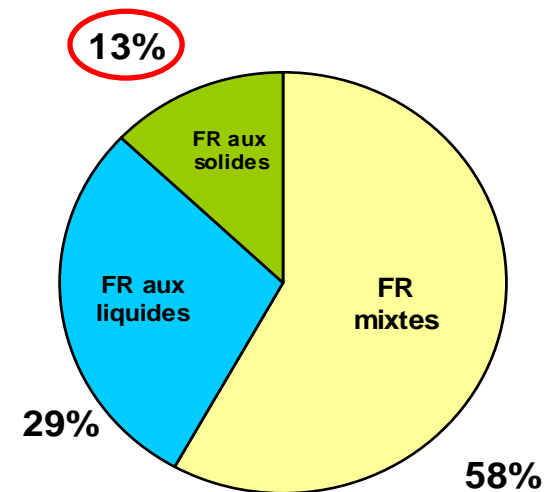




Les différents troubles de la déglutition

- Dysphagie = **+++ fausses routes (FR)**
+ dégl. lente, difficile
 - Respiratoires
 - Nasales
 - Buccales (dégl. rétrograde)

- TD aux **liquides**
- TD aux **solides**
- **Les 2** associés





Fréquences, causes et conséquences des troubles de la déglutition

Les TD sont fréquents

- Institutions ~ 30-60 % des patients !!!
- Hôpital ~ 10-20 %
- Domicile personnes âgées ~ 9-38 %

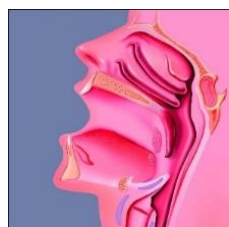
Les principales causes

Neurologiques



Accidents vasculaires cérébraux (AVC) +++
Maladie de Parkinson
Démences
Sclérose en plaques
Maladies neuromusculaires
Traumatismes (tétraplégies)

ORL



Cancer avant la chirurgie
Cancer après la chirurgie
Inflammations de
bouche/pharynx/œsophage
Troubles bucco-dentaires

Goyal Harrison Flammarion Med Sci 2009:217-9.
Puisieux Rev Mal Resp 2011;28:e76-93.



Sans oublier les traitements

- Neuroleptiques
- Sédatifs
- Benzodiazépines
- Morphiniques
- Anticholinergiques (atropine, cordarone, tégrétol, séropram, motilium...)



Les conséquences

Fausses routes :

- Dans les voies respiratoires → infection pulmonaire étouffement /décès
- Vers le nez → douleurs ++
- Vers la bouche → lenteur des repas,



Anxiété :

- Des patients
- De l'entourage



Réduction de la prise alimentaire

-----> **Dénutrition, déshydratation, perte de plaisir**





Comment repérer ?

- Le schéma général
- L'entretien et la grille de dépistage
- Le test de DePippo
- Les autres examens



Les deux orientations principales

La voie royale : accès à un(e) orthophoniste

...Mais le plus souvent, en pratique : schéma général

Entrée en
établissement ou
après un problème

Situation à risque de TD

Grille de dépistage / Entretien / Examen clinique

Possible FR

FR certaine
ou test de
DePippo
positif

Pas de signe
d'alerte

Test de DePippo
avec titration

Test de DePippo
standard

Négatif

Négatif

Examen
paraclinique

Impossible

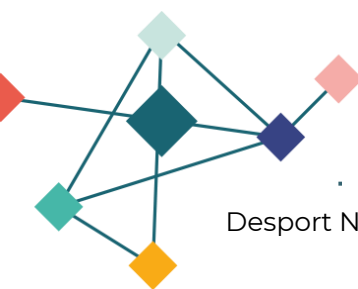
Possible

Tests
cliniques
de position
et texture

- . Radiovidéoscopie
- . Nasofibroscopie
ORL
- . Orthophonie ++

Entretien et grille de dépistage (en version papier ou électronique)

Trouble recherché	Oui	Non
Toux		
après la déglutition de salive		
après la déglutition de liquides		
après la déglutition de solides		
si aux solides, préciser la texture :		
Modification de la voix		
Type de modification (modification du timbre ou de l'intensité, voix voilée ou voix mouillée après la déglutition)		
constante		
après la déglutition de salive		
après la déglutition de liquides		
après la déglutition de solides		
Autres troubles		
Déglutition lente / difficile		
Blocages intermittents de la déglutition		
Localisation du blocage		
Difficultés de mastication		
Bavage (trop de salive ou fuite labiale de salive)		
Présence de fuites alimentaires labiales		
Reflux alimentaires par le nez		
Présence d'une salive anormalement épaisse		
Présence d'une xérostomie (bouche sèche)		
Existence de problèmes infectieux pulmonaires récurrents		
Temps de repas augmenté		
durée du petit déjeuner (minutes)		
durée du repas de midi (minutes)		
durée du repas du soir (minutes)		
Positions de la tête et du cou dangereuses		
lesquelles ?		
Positions de la tête et du cou favorables		
lesquelles ?		
Utilisation de matériels spécifiques pour les repas		
lesquels ?		
Nécessité d'une aide pour l'alimentation		
Existence de problèmes dentaires		
lesquels ?		
Existence de difficultés sociales liées à un trouble de déglutition		
lesquelles ?		
Relevé des médicaments utilisés		

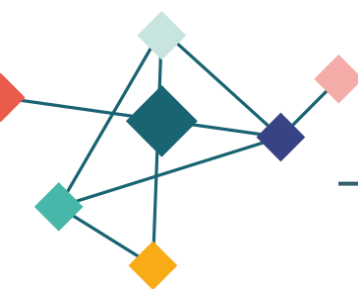




Trouble recherché	Oui	Non
Toux		
après la déglutition de salive		
après la déglutition de liquides		
après la déglutition de solides		
si aux solides, préciser la texture :		
Modification de la voix		
Type de modification (modification du timbre ou de l'intensité, voix voilée ou voix mouillée après la déglutition)		
constante		
après la déglutition de salive		
après la déglutition de liquides		
après la déglutition de solides		



Toux
Voix voilée
Voix gargouillante
→ FR respiratoires





Autres troubles	
Déglutition lente / difficile	
Blocages intermittents de la déglutition	
Localisation du blocage	
Difficultés de mastication	
Bavage (trop de salive ou fuite labiale de salive)	
Présence de fuites alimentaires labiales	
Reflux alimentaires par le nez	
Présence d'une salive anormalement épaisse	
Présence d'une xérostomie (bouche sèche)	
Existence de problèmes infectieux pulmonaires récurrents	
Temps de repas augmentés	
durée du petit déjeuner (minutes)	
durée du repas de midi (minutes)	
durée du repas du soir (minutes)	

FR nasales

FR silencieuses

Attention si ≥ 45 minutes





Positions de la tête et du cou favorables		
lesquelles ?		
Utilisation de matériels spécifiques pour les repas		
lesquels ?		
Nécessité d'une aide pour l'alimentation		
Existence de problèmes dentaires		
lesquels ?		
Existence de difficultés sociales liées à un trouble de déglutition		
lesquelles ?		
Relevé des médicaments utilisés		





Test de DePippo

- **Test sur prescription médicale**

Boire du liquide : 90 mL d'eau normale en 1 fois

Si, dans la minute qui suit :

- toux
- voix voilée
- voix gargouillante

} → test **POSITIF** = **FR RESPIRATOIRE**

- Possible avec texture pâteuse / solide
- Possible titration / tester les positions



DePippo Arch Neurol 1992;149:1259-61.



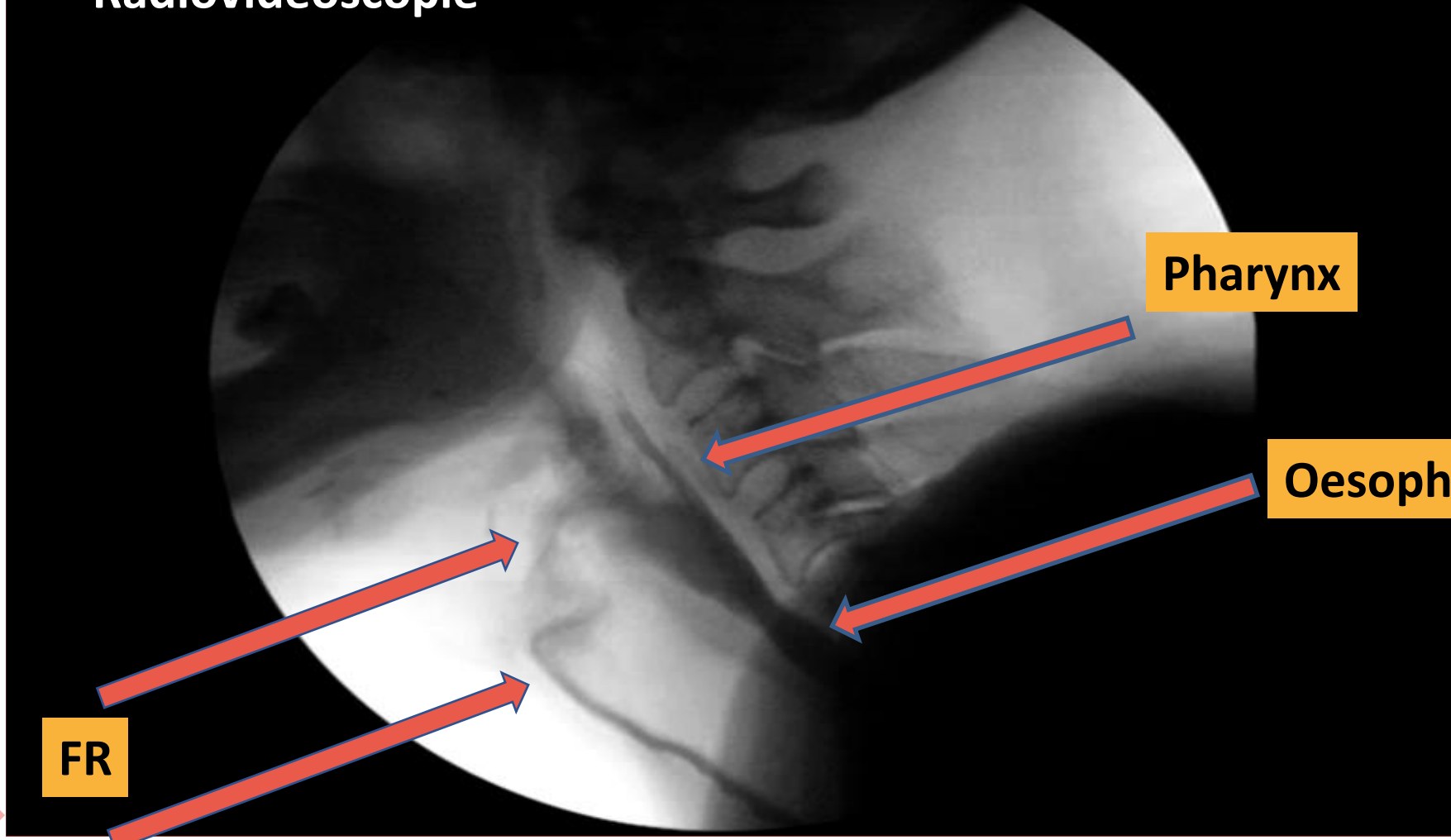
Règles de sécurité

- Aspiration possible
- Oxygène possible
- Trousse d'urgence

*Si possible quand un
médecin est dans
l'établissement*



Radiovidéoscopie



FR

Pharynx

Oesoph



Bilans associés

- Dents / gencives
- Etat pulmonaire
- Etat nutritionnel



Entrée en
Établissement ou
après un problème

Situation à risque de TD

Grille de dépistage / Entretien / Examen clinique

Possible FR

FR certaine
ou test de
DePippo
positif

Pas de signe
d'alerte

Test de DePippo
avec titration

Test de DePippo
standard

Négatif

Négatif

Examen
paraclinique

Impossible

Possible

Tests
cliniques
de position
et texture

- . Radiovidéoscopie
- . Nasofibroscopie
ORL
- . Orthophonie ++





La prise en charge

Chaque fois que c'est possible : **TRAITER LA CAUSE**

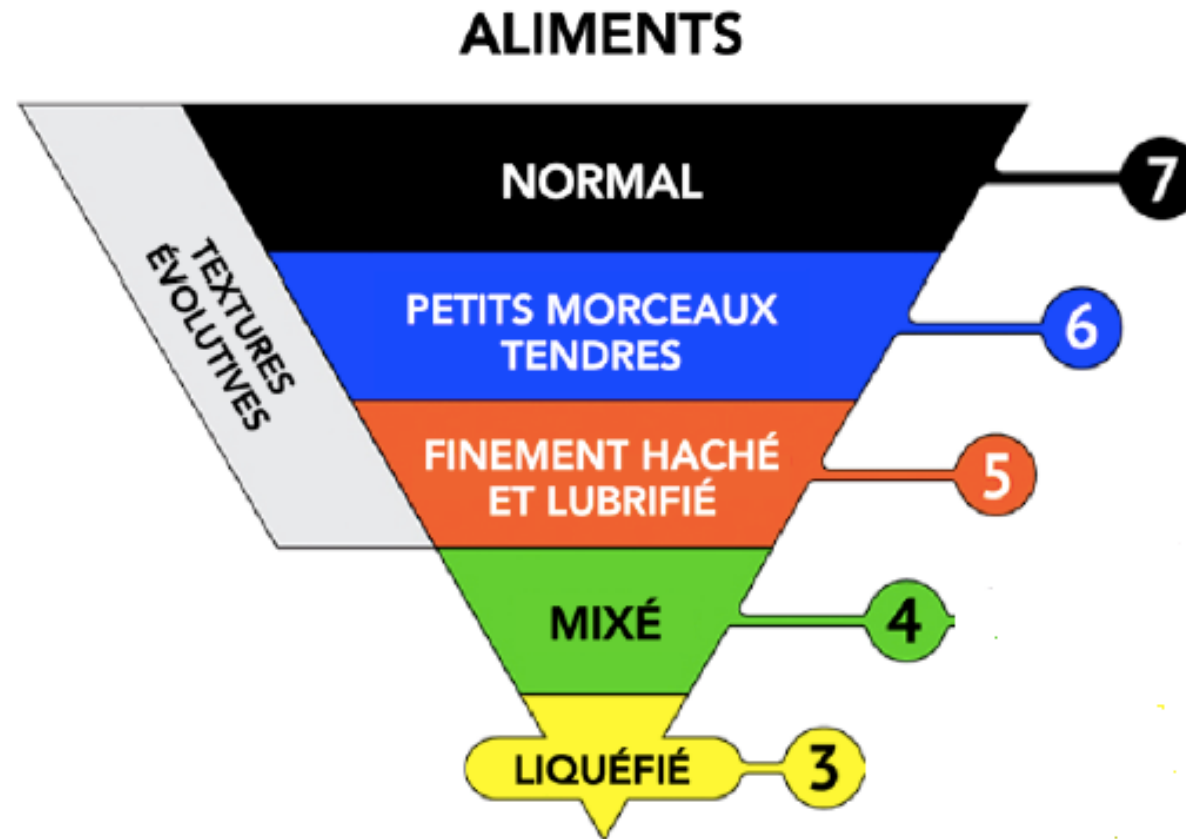
Les « petits moyens »

- Utiliser des boissons gazeuses
- Eviter les préparations tièdes
- Renforcer les goûts
- Privilégier les plats à odeur agréable
- Petites bouchées
- Prendre / Laisser le temps...

Déterminer les textures optimales, et respecter les prescriptions (médicales !!)

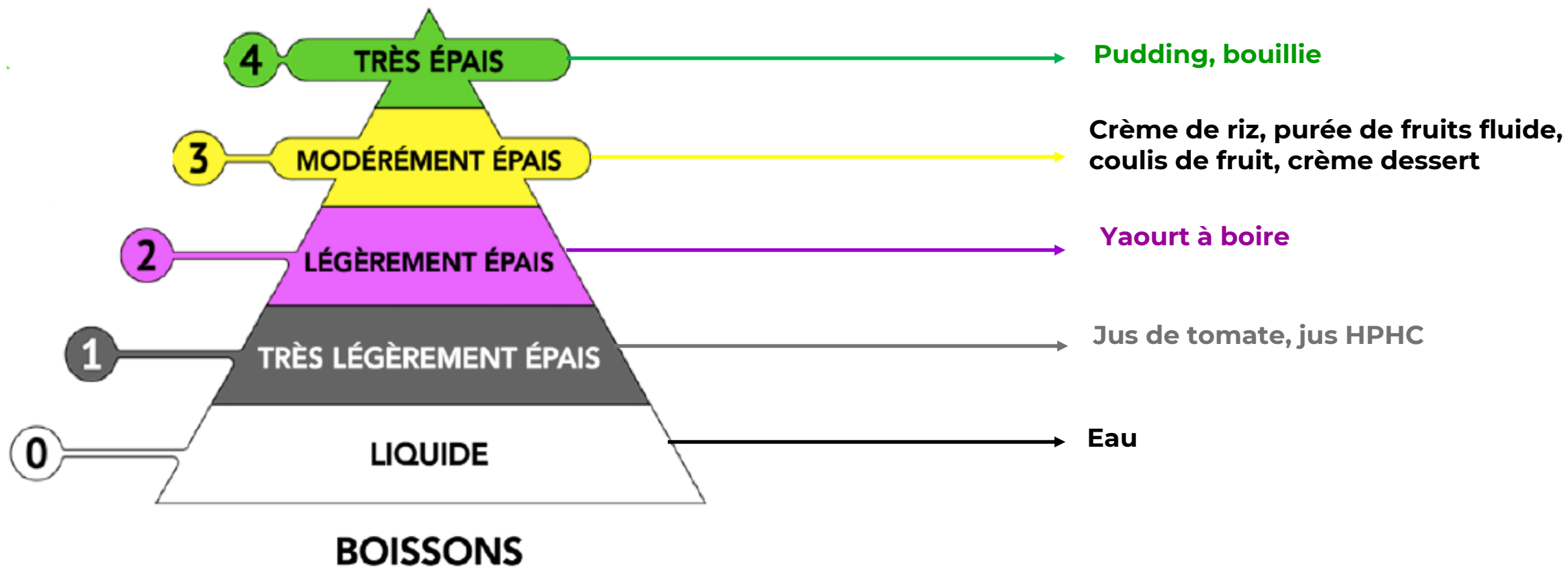
Les différentes textures alimentaires selon l'IDDSI

IDDSI : *International Dysphagia Diet Standardisation Initiative*



Grades IDDSI	Dénominations usuelles	Différences / définitions
7 : normal	Normale	Pas de différences
6 : petits morceaux tendres		Morceaux de taille < 1,5 cm = largeur d'une fourchette
5 : finement haché et lubrifié	Hachée Viande hachée, autres aliments coupés fins, moulinés si besoin, facilement écrasables	Morceaux de taille < 4 mm = largeur entre 2 dents d'une fourchette
4 : mixé	Mixée Texture lisse sans aspérité, sans morceau, sans fil, sans grain	Peut être passé dans une poche à douille ou étalé en couches
3 : liquéfié		Peut être bu au verre. Pas possible en poche à douille ou en couches Ecoulement lent

Les différentes consistances de boissons selon l'IDDSI

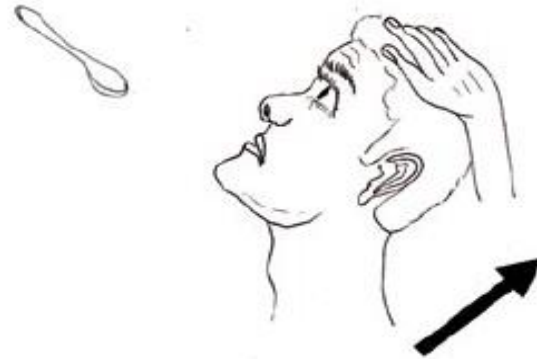


Ou test avec une seringue de 10 mL → résidu après 10 sec
Limites : 0, 1, 4, 8, 10 mL

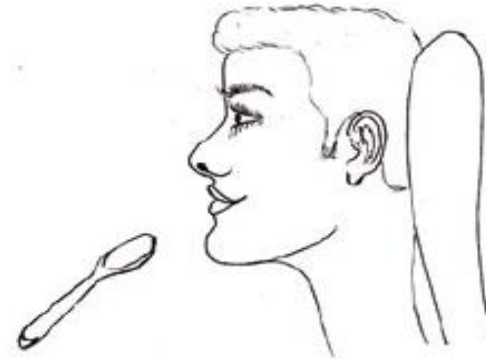
Les bonnes positions des personnes et des soignants lors des repas

- L'hyperextension de la tête favorise les FR respiratoires

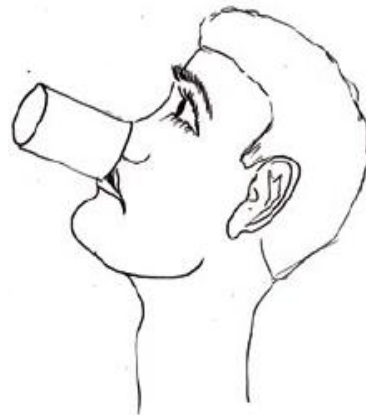
NON



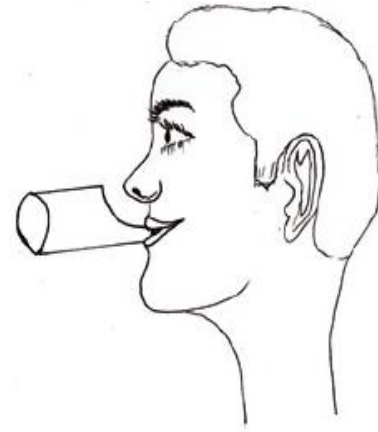
OUI



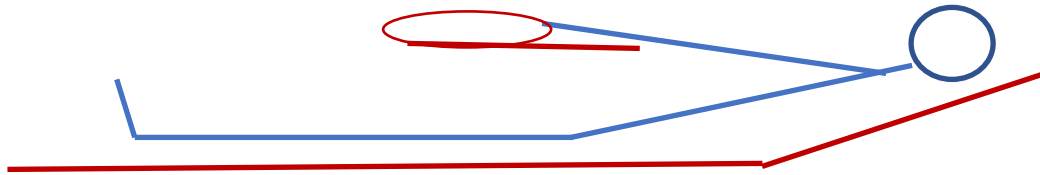
NON



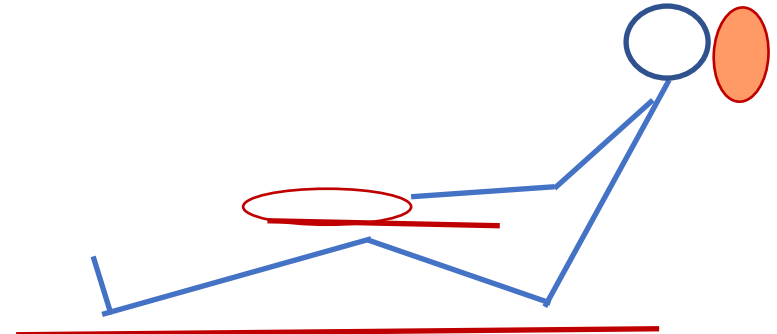
OUI



- **Installation des personnes en position couchée**



NON



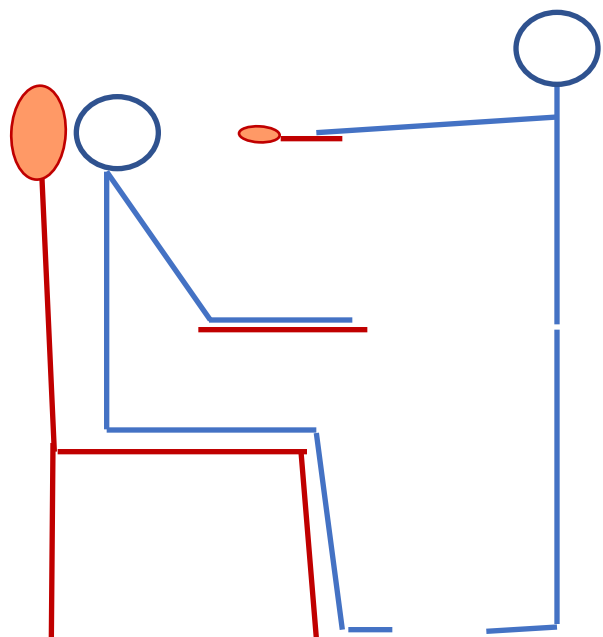
OUI

- Redresser la tête du lit
- Jambes légèrement fléchies pour maintenir la position confortable

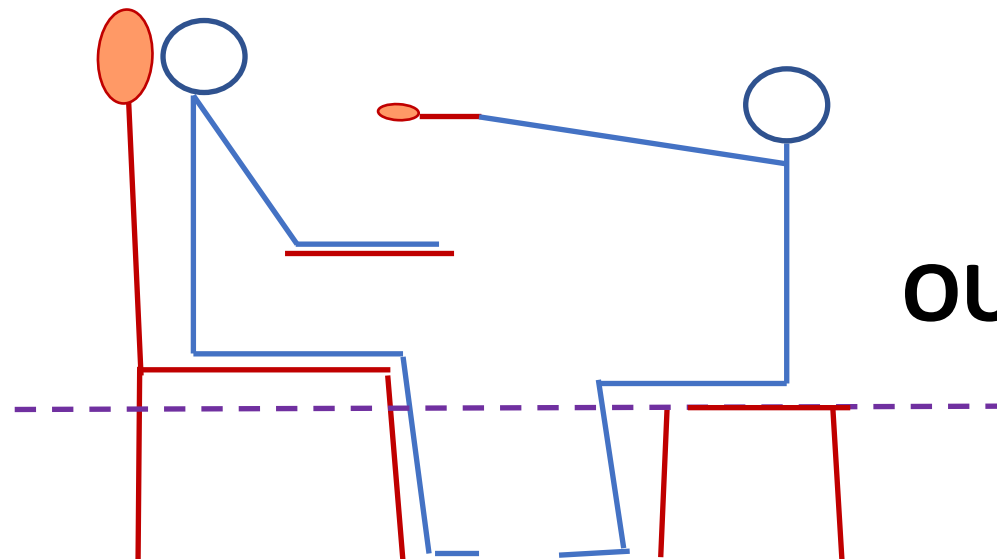


- Installation du soignant qui nourrit la personne

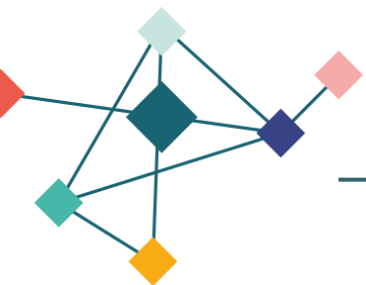
NON



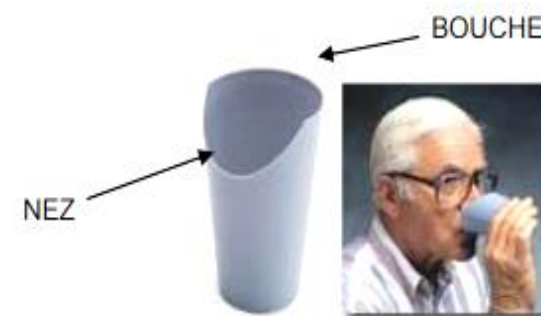
OUI



S'installer assis en face de la personne **et plutôt au-dessous**



■ Utilisation de couverts et outils adaptés



Mais utiliser le plus longtemps possible des objets courants



- **Bonnes pratiques du repas pour les personnes ayant un TD**

- Ne pas laisser la personne seule
- Les prothèses doivent être portées
- Une bonne hygiène buccale est souhaitable
- Limiter ++ les distractions (dont la télé)
- Ne pas laisser un aliment dangereux à la portée de la personne
- Adapter la forme galénique des médicaments
- Informer les entourages
- Respecter la dignité du patient





Résidence l'Art du temps
16, rue du Cluzeau
87170 ISLE

05 55 78 64 36

contact@cerenut.fr

www.cerenut.fr



CHALLENGE



EIAS +
2024 PRESQU'
ACCIDENT

GO!

*Ensemble,
agissons pour la
sécurité des patients et
des personnes
accompagnées*



CCECQA
AGISSONS POUR DEMAIN

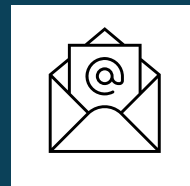
FORAP
Fédérer Mutualiser Innover
La qualité-sécurité en santé

Toute notre actualité



Sur notre site internet

www.ccecqa.fr



Contact

communication@ccecqa.fr



Inscription à la Newsletter mensuelle

<https://www.ccecqa.fr/newsletter/>

Suivez-nous





AGISSONS POUR DEMAIN