



<http://portaildoc.univ-lyon1.fr>

Creative commons : Paternité - Pas d'Utilisation Commerciale -
Pas de Modification 2.0 France (CC BY-NC-ND 2.0)



<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/2.0/fr>



N° de mémoire 2245

Mémoire d'Orthophonie
présenté pour l'obtention du
Certificat de capacité d'orthophoniste

Par

FOREST Antonine

**Accompagnement des adultes en situation de handicap complexe
sur les temps de repas dans les Etablissements et Services Médico-
Sociaux : analyse des pratiques professionnelles et création du
Livret d'Accompagnement à l'Alimentation**

Mémoire dirigé par

**BRATSCHI Estelle
COURBIERE Céline**

Année académique

2021-2022

INSTITUT DES SCIENCES ET TECHNIQUES DE READAPTATION
DEPARTEMENT ORTHOPHONIE

Directeur ISTR
Jacques LUAUTÉ

Equipe de direction du département d'orthophonie

Directeur de la formation
Agnès BO

Coordinateur de cycle 1
Claire GENTIL

Coordinateur de cycle 2
Solveig CHAPUIS

Responsables de l'enseignement clinique
Claire GENTIL
Johanne BOUQUAND
Ségolène CHOPARD
Alice MICHEL-JOMBART

Responsables des travaux de recherche
Mélanie CANAULT
Floriane DELPHIN-COMBE
Claire GENTIL
Nicolas PETIT

Responsable de la formation continue
Johanne BOUQUAND

Responsable du pôle scolarité
Rachel BOUTARD

Secrétariat de scolarité
Anaïs BARTEVIAN
Constance DOREAU-KNINDICK

UNIVERSITE CLAUDE BERNARD LYON 1

Président
Pr. FLEURY Frédéric

Vice-président CFVU
Pr. CHEVALIER Philippe

Vice-président CA
Pr. REVEL Didier

Vice-président CS
M. VALLEE Fabrice

Directeur Général des Services
M. VERHAEGHE Damien

1 Secteur Santé

U.F.R. de Médecine Lyon Est Doyen
Pr. RODE Gilles

Institut des Sciences Pharmaceutiques et
Biologiques
Directeur **Pr. DUSSART Claude**

U.F.R. de Médecine et de maïeutique
Lyon-Sud Charles Mérieux Doyenne
Pr. BURILLON Carole

Institut des Sciences et Techniques de la
Réadaptation (I.S.T.R.)
Directeur **Pr LUAUTÉ Jacques**

U.F.R. d'Odontologie
Directeur **Pr. MAURIN Jean-
Christophe**

2 Secteur Sciences et Technologie

U.F.R. Faculté des Sciences
Directeur **M. ANDRIOLETTI Bruno**

Institut des Sciences Financières et
d'Assurance (I.S.F.A.)
Directeur **M. LEBOISNE Nicolas**

U.F.R. Biosciences
Directrice **Mme GIESELER Kathrin**

Observatoire Astronomique de Lyon
Directeur **Mme DANIEL Isabelle**

U.F.R. de Sciences et Techniques des
Activités Physiques et Sportives
(S.T.A.P.S.)
Directeur **M. BODET Guillaume**

POLYTECH LYON
Directeur **M. PERRIN Emmanuel**

Institut National Supérieure du
Professorat et de l'Éducation (INSPé)
Directeur **M. CHAREYRON Pierre**

Institut Universitaire de Technologie de
Lyon 1 (I.U.T. LYON 1)
Directeur **M. MASSENZIO Michel**

Résumé

Les établissements et services médico-sociaux (ESMS) accueillant des adultes en situation de handicap complexe sont rarement dotés d'orthophonistes. D'autre part, les professionnels accompagnant ces adultes aux repas sont insuffisamment formés à la déglutition, l'oralité alimentaire et leurs troubles. Or, ces adultes sont nombreux à en présenter, ce qui questionne sur la qualité de l'accompagnement dont ils bénéficient. La littérature met en évidence que les troubles toniques, moteurs et sensoriels altèrent la déglutition et qu'il est alors nécessaire d'adapter l'installation lors du repas, les textures mais aussi qu'il existe des gestes et aides techniques facilitant la prise alimentaire. Elle recommande également une bonne hygiène bucco-dentaire et une alimentation-plaisir orale en cas de nutrition artificielle. Sur la base de ces éléments, un questionnaire visant à faire un état des lieux des pratiques professionnelles à propos de l'accompagnement au repas, à l'hydratation et à la prise de médicaments dans les ESMS pour adultes a été diffusé à tous les professionnels de terrain, hormis les orthophonistes. Les réponses de 67 personnes à ce questionnaire mises en lien avec les recommandations issues de la recherche montrent que l'accompagnement n'est pas toujours adapté et parfois même risqué. Par ailleurs, les professionnels souhaitent bénéficier d'un support pour améliorer cet accompagnement. Ainsi, le Livret d'Accompagnement à l'Alimentation à destination des professionnels exerçant en ESMS pour adultes a été créé. Il fournit des connaissances théoriques sur la déglutition et l'oralité mais aussi des conseils pratiques sur les adaptations possibles : environnement lors du repas, installation du professionnel et de l'adulte, gestes et comportements aidant la prise alimentaire, adaptation des textures, aides techniques mais également besoins des adultes bénéficiant d'une nutrition artificielle. La forme du livret a été soignée et les textes, écrits dans un vocabulaire accessible à tous les professionnels, sont accompagnés d'illustrations favorisant leur compréhension.

Mots clés : Handicap, Adulte, Oralité, Déglutition, Alimentation, Pratiques professionnelles, Médico-Social, Livret

Abstract

Health-care institutions and services for adults with multiple disabilities are rarely equipped with speech therapists. Furthermore, the professionals caring for these adults at mealtimes are insufficiently trained in swallowing, oral feeding and their disorders. However, many of these adults have these disorders, which raises questions about the quality of the support they receive. Literature highlights that tonic, motor and sensory disorders damage swallowing and that it is therefore necessary to adapt the installation at mealtime, textures but also that there are gestures and technical assistance making food intake easier. Literature also recommends a good oral hygiene and oral pleasure feeding in case of artificial nutrition. On the basis of these learnings, a questionnaire aimed at assessing professional practices regarding support for meals, hydration and taking medication in health-care institutions and services for adults was distributed to all the professionals in the field, except speech therapists. The answers of 67 people to this questionnaire, linked to the recommendations from the research, show that support is not always appropriate and sometimes even unsafe. Furthermore, professionals would like to have support to improve this assistance. Thus, the "Livret d'Accompagnement à l'Alimentation" (booklet on feeding support) was created for professionals working in health-care institutions and services for adults. It provides theoretical knowledge on swallowing and orality but also practical advice on possible adaptations: the environment at mealtime, the installation of both the professional and the adult, the gestures and behaviors to help with food intake, the adaptation of textures, technical assistance, but also the needs of adults receiving artificial nutrition. The form of the booklet has been carefully designed and the texts, written in an accessible vocabulary to all professionals, are provided with illustrations to make their understanding easier.

Key words : Multiple disability, Adults, Eating and feeding, Swallowing, Professional practices, Health-care institutions, Booklet

Remerciements

Je tiens à remercier toutes les personnes qui m'ont soutenue dans la réalisation de ce mémoire. Merci d'abord à mes directrices de mémoire Estelle Bratschi et Céline Courbière pour leur engagement, leur temps, leurs conseils et leur bienveillance. Merci à mes amies Léa Aufrand et Léa Egron pour leur générosité et leur créativité sans laquelle le Livret d'Accompagnement à l'Alimentation aurait été bien morose. Merci à Alex pour son aide précieuse dans la gestion d'Excel. Merci à ma sœur Célestine pour sa maîtrise de l'anglais.

Je remercie également ma famille, Hugo, mes ami.es de la faculté et d'ailleurs d'avoir eu la patience de me supporter durant ces longues années d'études. Merci pour votre écoute, votre soutien, vos mots précieux et vos encouragements. Merci également de m'avoir offert des sas de décompression. Un remerciement tout particulier à Emma, Laura, Justine, Pauline et Aurianna, sans qui ces cinq dernières années auraient été trop difficiles à surmonter. Je vous souhaite de vous épanouir dans cette nouvelle vie d'orthophoniste.

I	Partie théorique	1
	1 La déglutition et ses troubles chez l'adulte en situation de handicap complexe	2
	1.1 Anatomie et physiologie de la déglutition	2
	1.2 L'impact des troubles toniques et moteurs de l'adulte en situation de handicap complexe sur la déglutition	3
	1.3 L'impact des troubles sensitifs et sensoriels de l'adulte en situation de handicap complexe sur la déglutition	4
	2 Conséquences et recommandations d'adaptations générales face aux troubles de la déglutition	5
	2.1 L'installation optimale lors du repas et hors repas	5
	2.2 Les gestes et comportements facilitant la prise alimentaire et l'hydratation.....	6
	2.3 Hygiène bucco-dentaire : acte quotidien essentiel de prévention	7
	3 Recommandation d'adaptation spécifiques aux besoins de chacun	8
	3.1 Les textures et leur adaptation	8
	3.2 Les aides techniques : entre autonomie et prévention des fausses routes	9
	3.3 Les bonnes pratiques pour les personnes bénéficiant d'une nutrition artificielle	10
II	Méthode	12
	1 Questionnaire.....	12
	1.1 Population	12
	1.2 Matériel.....	12
	1.3 Procédure.....	14
	2 Livret.....	14
	2.1 Population	14
	2.2 Matériel.....	15
	2.3 Procédure.....	15
III	Résultats	16
	1 Analyse descriptive des données concernant les répondants au questionnaire	16
	2 Analyse des connaissances et pratiques professionnelles des répondants au questionnaire... 17	17
	2.1 Analyse des connaissances théoriques	17
	2.2 Analyse des pratiques professionnelles en matière d'accompagnement	19
	3 Analyse des ressentis des professionnels concernant leur accompagnement.....	20
	4 Analyse de l'intérêt pour la création du livret	22

IV	Discussion.....	23
1	Mise en lien avec les recherches antérieures	23
1.1	Analyse des connaissances des professionnels de terrain au regard des données de la littérature	23
1.2	Analyse des pratiques des professionnels de terrain au regard des données de la littérature	25
1.3	Analyse des ressentis des professionnels de terrain et intérêt face au livret	26
1.4	Synthèse montrant l'intérêt et les choix effectués pour la création du Livret d'Accompagnement à l'Alimentation.....	27
2	Limites et perspectives	28
3	Evaluation potentielle du Livret d'Accompagnement à l'Alimentation.....	30
V	Conclusion.....	32
VI	Références.....	33
VII	ANNEXES	40

I Partie théorique

Introduction :

Pour l'Etat, la situation de handicap est une impossibilité subie à participer à la vie en société, quelles qu'en soient la raison (physique, mentale, sensorielle...) et la durée (Loi n° 2005-102 du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées (1), 2005). Elle est complexe quand s'associent différentes déficiences, que l'atteinte est grave, que la personne devient dépendante d'une aide extérieure technique ou humaine pour les actes quotidiens ou qu'il est difficile d'apporter des réponses adaptées à ses besoins (CEDIAS-CREAH, 2014). Les adultes en situation de handicap complexe peuvent être accueillis dans différents Établissements et Services Médico-Sociaux (ESMS). Les établissements comme les Foyers d'Accueil Médicalisé (FAM) et les Maisons d'Accueil Spécialisé (MAS) ont un rôle d'hébergement, alors que les services répondent à des problématiques quotidiennes sociales et/ou médicales qui ne nécessitent pas un hébergement (DREES et al., 2018).

L'équipe de ces ESMS doit être composée de différents corps de métiers du secteur médical, social, paramédical mais aussi psychologique (Décret n° 2009-322 du 20 mars 2009 relatif aux obligations des établissements et services accueillant ou accompagnant des personnes handicapées adultes n'ayant pu acquérir un minimum d'autonomie, 2009), mais on ne sait comment ils sont formés à l'accompagnement aux repas. Par exemple, il n'est pas mentionné dans le référentiel de formation de l'éducateur spécialisé (Ministère des solidarités et de la santé, 2018a), la formation à l'alimentation de l'Accompagnant Éducatif et Social (AES), pourtant présent sur les temps de repas, n'est pas connue (Ministère des solidarités et de la santé, 2018b). Alors, est-ce que l'accompagnement de ces professionnels de terrain est en adéquation avec les données de la littérature ?

L'objectif du mémoire est donc de faire un état des lieux des pratiques professionnelles concernant l'accompagnement des adultes en situation de handicap complexe sur les temps de repas, et de créer un outil d'information adapté aux besoins du terrain. Ainsi, une recherche bibliographique justifiant les meilleures pratiques sera présentée. Puis, la méthodologie du recueil des données et les résultats seront détaillés afin de justifier du contenu du support d'information. Enfin, une discussion permettra d'interpréter les résultats obtenus au regard des données de la littérature.

1 La déglutition et ses troubles chez l'adulte en situation de handicap complexe

Afin de savoir comment améliorer les pratiques, il est fondamental de comprendre ce qu'est la déglutition. C'est pourquoi son anatomie et sa physiologie sont abordées, avant de regarder les troubles possibles.

1.1 Anatomie et physiologie de la déglutition

La déglutition est le mécanisme qui sert à avaler salive, aliments et liquides, en les transportant de la bouche à l'estomac tout en protégeant les voies respiratoires. Elle est un acte complexe puisqu'elle est soumise à un contrôle neurologique impliquant 6 paires de nerfs crâniens, 4 paires de nerfs cervicaux et 30 paires de muscles (Auzou, 2007b), et ainsi de nombreuses structures anatomiques. En effet, l'intégrité de la cavité buccale (comprenant les lèvres, les dents, le palais dur, le voile du palais, la mandibule, le plancher buccal et la langue), du pharynx, du larynx et de l'œsophage est requise pour une bonne déglutition (Auzou, 2007a). Ces structures anatomiques sont successivement impliquées, au cours des 3 phases de la déglutition. D'abord, la phase orale sert à créer un bol alimentaire homogène grâce à la mastication et l'insalivation. Puis, la phase pharyngée sert à transporter le bolus du pharynx à l'œsophage en protégeant les voies aériennes (nez et trachée). Enfin, vient le temps œsophagien durant lequel le bolus transite jusqu'à l'estomac (Auzou, 2007a; Forster et al., 2013).

Dès que la déglutition devient problématique, il est possible de parler de dysphagie, « trouble acquis de la déglutition, qui a de multiples origines possibles » (Brin et al., 2011, p. 115) : organique, neurologique ou encore sensorielle. A noter qu'il est extrêmement important d'y être attentif à tous les âges puisque ces troubles peuvent s'aggraver ou se déclencher à l'âge adulte (Haak et al., 2009) et mener à des troubles respiratoires, eux-mêmes pouvant entraîner la mort. Ces troubles respiratoires sont dus aux fausses routes, c'est-à-dire à l'introduction de salive, aliments ou boissons dans les voies respiratoires au moment de la déglutition (fausse route primaire) ou après, quand une stase tombe passivement (fausse route secondaire) (Leemann et al., 2016). Considérer ces troubles est donc un enjeu majeur d'autant plus pour les adultes en situation de handicap complexe, puisque qu'une méta-analyse de van Timmeren (2017) estime qu'ils sont 30% à en souffrir, mais ce

chiffre monte à plus de 90% dans d'autres articles (Calis et al., 2008; Costa et al., 2021).

1.2 L'impact des troubles toniques et moteurs de l'adulte en situation de handicap complexe sur la déglutition

Si l'intégrité des structures anatomiques est une condition essentielle à la déglutition, leur bon fonctionnement l'est tout autant. Or, les personnes en situation de handicap complexe présentent des lésions neurologiques à l'origine de troubles toniques et moteurs qui altèrent la déglutition (Crunelle, 2004).

Pour ne citer que la paralysie cérébrale (PC), quand elle est spastique, le cortex moteur est atteint, pour la PC dyskinétique ce sont les noyaux gris centraux qui sont touchés, pour la PC ataxique c'est le cervelet qui dysfonctionne et dans le cadre d'une PC mixte, plusieurs de ces structures sont altérées (Costa et al., 2021). Or, la déglutition combine des phases de motricité volontaire (phase orale), réflexe (phase pharyngée) et automatique (phase pharyngée et œsophagienne) soumises au bon fonctionnement des structures cérébrales précédemment citées (Gentil et al., 2021). Par ailleurs, la toux, qui sert à protéger les voies respiratoires en cas de pénétration laryngée, demande un contrôle volontaire, parfois empêché par les lésions cérébrales ou les troubles respiratoires que présentent fréquemment les personnes en situation de handicap complexe (Gautheron et al., 2015). Elle devient alors inefficace ou absente et est un symptôme de la dysphagie (Mutolo, 2017).

De plus, le tonus musculaire est altéré chez les personnes en situation de handicap complexe. Il est défini comme la contraction passive et continue des muscles, et sert à gérer la posture et la qualité des mouvements corporels globaux et fins. Il peut être altéré dans le sens d'une hypotonie c'est-à-dire d'un manque de tonus musculaire, d'une hypertonie c'est-à-dire d'une contraction anormalement élevée des muscles durant des mouvements passifs, ou d'une dystonie qui est un changement anormal du tonus (Straathof et al., 2021). La déglutition est alors perturbée dans son ensemble. Pour ne citer que des exemples, l'hypertonie est responsable d'une hyperextension du cou qui empêche le larynx de s'élever et d'ainsi aider à la protection des voies aériennes et l'hypotonie peut entraîner l'incontinence labiale et donc l'impossibilité de garder les aliments en bouche (Rofidal, 2017) ou l'incapacité du cardia à se fermer

correctement et donc provoquer un reflux gastro-œsophagien (RGO) à l'origine de douleurs ou d'infections pulmonaires (Senez, 2020c).

Ainsi, la mise en évidence des conséquences motrices et toniques induites par les lésions cérébrales, permet de comprendre que la déglutition du sujet en situation de handicap complexe peut être altérée, tant dans sa fonction de transport des aliments que de protection des voies aériennes.

1.3 L'impact des troubles sensitifs et sensoriels de l'adulte en situation de handicap complexe sur la déglutition

La déglutition est également permise par des informations sensibles et sensorielles transmises au niveau du cerveau. C'est ainsi qu'un élément mis en bouche est reconnu grâce à sa texture, son goût ou encore sa température (Auzou, 2007b). Or, encore une fois, le handicap complexe est caractérisé par des lésions cérébrales, qui altèrent la transmission des informations motrices et toniques certes, mais également sensibles et sensorielles, troublant la déglutition.

Ainsi, si la toux demande un contrôle volontaire déjà évoqué, elle est également permise grâce à des récepteurs sensitifs qui tapissent les voies respiratoires (Mutolo, 2017). L'hyposensibilité que peuvent rencontrer les adultes en situation de handicap complexe est donc une autre cause de non-protection des voies respiratoires, puisqu'elle est à l'origine d'une absence de réflexe de toux quand une pénétration laryngée se présente (Senez, 2020b).

D'un autre côté, il est possible de rencontrer des troubles sensoriels à différents niveaux. C'est ainsi qu'une hypersensibilité des organes du goût et de l'odorat empêche tout autant l'alimentation, cette fois par déplaisir. Elle entraîne différents symptômes caractéristiques des troubles de l'oralité alimentaire, à savoir une perte d'appétit, une sélectivité alimentaire, une lenteur de la prise alimentaire et même des nausées et vomissements ou de l'évitement. Or, l'hypersensibilité peut s'atténuer par un phénomène d'habituation que l'évitement empêche d'une part et qui est entretenue par les expériences sensorielles négatives ressenties à chaque repas d'autre part (Senez, 2020a).

La déglutition est donc un acte complexe qui nécessite une parfaite coordination de différents rouages. L'intégrité des structures anatomiques, les capacités motrices, toniques, sensibles et sensorielles sont autant d'éléments nécessaires à la déglutition et qui peuvent être altérés dans les situations de handicap complexe. Ces troubles ont des conséquences parfois graves qui nécessitent de trouver des adaptations afin d'améliorer l'alimentation des adultes dysphagiques. Il n'existe cependant pas de protocoles prédéfinis pour permettre une bonne prise en soin des troubles de la déglutition (Audag et al., 2022), encore moins dans la population adulte : il est donc nécessaire de s'appuyer sur la clinique et l'evidence-based practice (Speyer et al., 2019), c'est pourquoi le travail qui suit s'appuiera sur des articles scientifiques mais aussi sur des travaux empiriques.

2 Conséquences et recommandations d'adaptations générales face aux troubles de la déglutition

Les conséquences de ces troubles de la déglutition sont majeures et très fréquentes. En effet, selon Costa et al. (2021), 46 à 90% des personnes PC sont en état de malnutrition. Les auteurs incluent dans ce calcul à la fois un mauvais apport des différents nutriments, communément admis comme étant la malnutrition, mais également l'état de dénutrition. Concernant ce dernier, il peut se voir à travers un Indice de Masse Corporelle (IMC) trop bas, qui existe souvent depuis l'enfance (Marrimpoey et al., 2006). Or, il existe un cercle vicieux entre dénutrition et infection : la dénutrition baisse les défenses immunitaires et la réponse inflammatoire à l'infection peut engendrer la dénutrition, tout ceci pouvant conduire à l'engagement du pronostic vital (Garrel-Luya, 2012). Il est donc important d'agir en amont, notamment grâce à l'installation.

2.1 L'installation optimale lors du repas et hors repas

Tout d'abord, l'environnement au repas doit être calme, pour permettre à l'adulte en situation de handicap de se concentrer uniquement sur son alimentation, acte complexe pour lui (DéfiScience, 2020). De plus, une hypersensibilité aux bruits peut exister, rendant le moment du repas désagréable s'il est bruyant (Senez, 2020d).

En plus de l'environnement, une installation particulière du résident et du professionnel est préconisée. En ce qui concerne le résident, s'il peut être assis sur

une chaise normale, il faut toutefois veiller à ce qu'il ait trois bons appuis : axial, des coudes et des pieds. Quelle que soit l'installation du résident, tout doit être fait pour limiter l'extension du cou et favoriser une flexion antérieure de la tête. Si le résident est en fauteuil il faut donc être vigilant au réglage de l'appui-tête et ajouter des serviettes sous sa tête si nécessaire, jusqu'à ce que la flexion soit suffisante et le regard horizontal. De plus, il est important d'installer le résident présentant des troubles toniques dans une position anti-pesanteur quinze minutes avant le début du repas en inclinant le siège du fauteuil de 45° à 60° à l'arrière. Cette installation permet une détente musculaire et offre au résident l'opportunité de concentrer toute son attention sur sa motricité bucco-faciale. De plus, elle limite toutes les conduites d'extension qui favorisent les fausses routes. L'installation pour la prise de médicament au lit suit la même logique : favoriser la flexion antérieure de la tête en relevant la tête de lit.

Concernant maintenant le professionnel, son installation vise à s'adapter à celle du résident pour ne pas induire d'hyperextension de la tête. Il est donc préférable de s'installer face au résident et sur un tabouret réglable pour être à bonne hauteur, en prenant garde à être confortablement installé (DéfiScience, 2020; Senez, 2020d). A noter que l'installation peut être individualisée à la suite de bilans psychomoteur, ergothérapeutique et orthophonique (Réseau Lucioles, 2014).

Les personnes présentant un RGO doivent être installées dans une position assise ou semi-assise tout en desserrant les sangles et vêtements dans l'heure qui suit le repas (DéfiScience, 2020; Réseau Lucioles, 2014).

En parallèle de cette installation optimale visant à réduire les fausses routes, des gestes et comportements permettent également de faciliter les prises alimentaires et l'hydratation.

2.2 Les gestes et comportements facilitant la prise alimentaire et l'hydratation

Tout d'abord, face à un adulte présentant un trouble de l'oralité alimentaire, il est recommandé d'éviter les comportements de forçage (Réseau Lucioles, 2014). En effet, le trouble de l'oralité alimentaire peut s'amoinrir grâce à un phénomène d'habituation qui nécessite des expériences sensorielles positives répétées et pluriquotidiennes (Senez, 2020a). Entretenir les expériences orales négatives par le forçage revient à

entretenir le trouble de l'oralité alimentaire. Il est donc préférable d'enrichir les plats plutôt que de vouloir faire ingérer une grande quantité d'aliments (DéfiScience, 2020; Senez, 2020d).

Afin d'aider la prise alimentaire et l'hydratation, des gestes facilitants existent. Pour commencer, quand le professionnel donne à manger au résident, il doit faire venir la cuillère par le bas afin de permettre le maintien de la flexion antérieure de la tête. Aussi, une fois mise en bouche, il est recommandé d'exercer un appui avec la cuillère sur la pointe de langue afin d'inhiber les mouvements linguaux antéro-postérieurs et d'ainsi améliorer la phase orale de la déglutition. Attention toutefois à éviter cet appui avec les personnes présentant un trouble de l'oralité alimentaire : cet appui pourrait être gênant et donc il deviendrait une expérience sensorielle négative qui entretiendrait le trouble (Senez, 2020d).

Enfin, pour l'hydratation, il est conseillé d'utiliser un verre à encoche nasale. Cette encoche permet d'incliner le verre sans avoir à pencher la tête et donc de la maintenir en flexion antérieure. Cette position est d'autant plus importante pour les personnes dont le réflexe de déglutition se déclenche moins rapidement, car les liquides s'écoulent plus vite que les solides. Le rebord du verre doit être posé sur la lèvre inférieure, pendant que le professionnel peut maintenir la tête du résident en flexion en posant une main dessus et qu'il tient le verre et le menton du résident de l'autre main pour aider à la fermeture buccale. L'accompagnateur doit veiller à ne pas verser le contenu du verre dans la bouche du résident, mais à simplement faire entrer le liquide en contact avec les lèvres, ce qui permettra de déclencher une aspiration. Ainsi, l'adulte est à l'origine de son hydratation, il la contrôle mieux et les fausses routes sont réduites (DéfiScience, 2020; Réseau Lucioles, 2014; Senez, 2020d).

2.3 Hygiène bucco-dentaire : acte quotidien essentiel de prévention

L'hygiène bucco-dentaire concerne tous les résidents et est essentielle pour diverses raisons. Tout d'abord, lorsqu'elle est mauvaise, elle favorise l'apparition de caries, le risque d'édentement et les infections à l'origine de douleurs. L'édentement ainsi que les douleurs altèrent la volonté de s'alimenter et les capacités masticatoires réduisant considérablement les apports alimentaires. D'ailleurs, le lien entre dénutrition et hygiène bucco-dentaire a été démontré par la recherche (Bodineau et al., 2007; Poisson et al., 2016).

De plus, les adaptations déjà évoquées ne permettent pas de supprimer toutes les fausses routes. Or, l'oropharynx est tapissé de micro-organismes qui peuvent causer des pneumopathies d'inhalation (Bodineau et al., 2007; Costa et al., 2021). Ce sont des infections pulmonaires dues à l'introduction de germes pendant et hors des repas, lorsque le sujet fait une fausse route et que son réflexe de toux est insuffisant pour expulser ces particules (Bodineau et al., 2007). Une bonne hygiène bucco-dentaire permet de réduire la présence de bactéries dans la bouche, qui pourraient être aspirées dans les poumons.

Pour favoriser cette hygiène bucco-dentaire, il est préconisé d'utiliser une brosse à dents souple, qui sera changée tous les deux mois. Il convient également de brosser les prothèses dentaires afin d'en ôter les bactéries, et de ne pas infecter la cavité buccale lors de sa mise en place (Dupuis, 2018).

Ainsi, pour toute personne présentant un trouble de la déglutition ou de l'oralité alimentaire des adaptations sont possibles afin de faciliter la prise alimentaire en réduisant le risque de fausses routes. L'alimentation peut être aidée par une installation adéquate, des gestes et comportements facilitants mais également par une bonne hygiène bucco-dentaire. Ces adaptations générales peuvent être couplées à des adaptations spécifiques, répondant aux besoins de chaque adulte.

3 Recommandation d'adaptation spécifiques aux besoins de chacun

Ces adaptations spécifiques concernent les textures, les aides techniques mais aussi les besoins des personnes bénéficiant d'une nutrition artificielle.

3.1 Les textures et leur adaptation

L'adaptation des textures est un moyen essentiel pour sécuriser l'alimentation et l'hydratation des adultes dysphagiques en réduisant le risque de fausses routes (Hadde & Chen, 2021). De plus, elle permet de réduire le risque de dénutrition en diminuant la fatigue induite par le repas et donc en facilitant la prise alimentaire (Senez, 2020d). Cette adaptation tient compte des capacités du sujet, évaluées lors d'un bilan complet de la déglutition effectué notamment par l'orthophoniste qui permet de déterminer ce que la lésion cérébrale induit comme déficience et ce que la déficience induit comme dysfonction (Guatterie & Lozano, 2008).

Ainsi, l'International Dysphagia Diet Standardisation Initiative (Cichero et al., 2017) a travaillé autour de l'adaptation des textures des solides et liquides en fonction des dysfonctions de la déglutition et a cherché à établir une standardisation internationale des textures. Sept types de textures ont été déterminés, le niveau 0 étant le plus liquide et le niveau 7 étant le plus solide. Les niveaux 0 à 4 concernent les boissons, et les niveaux 3 à 7 concernent les aliments, avec les niveaux 0 et 7 représentant les textures normales (liquide pour l'un, solide pour l'autre). Toutes ces adaptations permettent de réduire les douleurs et/ou de compenser un édentement. Elles présentent cependant chacune leur particularité, décrites en français par Ruglio et al. (2018).

Ainsi, concernant les boissons, les niveaux 1 (très légèrement épais), 2 (légèrement épais), 3 (modérément épais) et 4 (très épais) sont des adaptations (épaississement de la boisson) permettant de pallier un mauvais contrôle lingual en augmentant la durée de la phase orale. Plus le liquide est épaissi, moins le contrôle lingual sera sollicité et plus la phase orale sera longue.

Concernant les aliments, les niveaux 3 (liquéfié) et 4 (mixé) sont préconisés en cas d'absence de mastication et si la force de propulsion du bolus par la langue est réduite. Quant au niveau 5 (finement haché et lubrifié), il est recommandé en cas de force linguale suffisamment importante pour déplacer le bol alimentaire mais si les capacités de mastication sont réduites ou que celle-ci est trop fatigante. Enfin, le niveau 6 (petits morceaux tendres) est conseillé quand la force de propulsion du bolus et le contrôle lingual sont efficaces mais que la mastication est fatigante.

L'adaptation de la texture des boissons et aliments est donc un levier intéressant pour nombre d'adultes dysphagiques, mais elle doit être individualisée. Une autre adaptation spécifique possible est celle des aides techniques durant le repas.

3.2 Les aides techniques : entre autonomie et prévention des fausses routes

Les aides techniques permettent de gagner en autonomie dans les gestes quotidiens mais aussi en sécurité.

Ainsi, au moment des repas, différentes aides techniques peuvent être proposées, notamment grâce au bilan ergothérapique (Réseau Lucioles, 2014). Tout d'abord, il existe des couverts coudés qui favorisent la préhension. Ils peuvent être de différentes matières et notamment en plastique pour éviter que les dents ne se heurtent

douloureusement au métal. Aussi, des assiettes à fond incliné et anti-dérapantes existent et sont particulièrement intéressantes pour les personnes hémiplegiques (Battu, 2017; Réseau Lucioles, 2014).

D'autre part, des verres adaptés peuvent être préconisés selon les capacités de déglutition. Le plus intéressant pour réduire le risque de fausses routes est le verre à encoche nasale. Il permet d'empêcher l'hyperextension du cou puisque le verre peut être bu jusqu'à la fin sans avoir besoin de pencher la tête en arrière (Battu, 2017; Réseau Lucioles, 2014; Senez, 2020d).

Ces aides techniques sont donc à donner au cas par cas et grâce au bilan ergothérapeutique.

3.3 Les bonnes pratiques pour les personnes bénéficiant d'une nutrition artificielle

Il reste un point à aborder qui est celui de l'alimentation artificielle. Il est essentiel puisque ce type d'alimentation concerne un grand nombre de personnes en situation de handicap complexe accueillies dans les ESMS (18% dans une étude de Marrimpouey et al (2006)).

La nutrition artificielle, entérale ou parentérale, vise à court-circuiter la voie d'alimentation orale quand celle-ci est insuffisante ou impossible, en raison de troubles de la déglutition ou de l'oralité alimentaire massifs qui entraînent une dénutrition (DéfiScience, 2020; Lecerf et al., 2001; Senez & Martinet, 2020). Elle est recommandée seulement après un bilan pluridisciplinaire (orthophonique, gastro-entérologique, médical...) (DéfiScience, 2020).

Pour les personnes bénéficiant de ce type d'alimentation, il est important d'avoir un accompagnement particulier. Tout d'abord, il est recommandé que ces personnes soient présentes sur les temps de repas afin de leur permettre de maintenir le lien social avec le reste des résidents. De plus, il est parfois possible, après accord de l'orthophoniste et du médecin, de proposer une alimentation-plaisir par voie orale. En effet, pour certains l'ingestion par voie orale est possible mais non suffisante. L'alimentation orale est donc une source de plaisir, mais pas seulement : proposer ce type d'alimentation en même temps ou avant l'alimentation entérale réduit le risque de douleurs, nausées et vomissements puisque le mécanisme physiologique de digestion

s'enclenche dès la phase orale de la déglutition. Enfin, hors des temps de repas, il convient également d'être attentif aux fausses routes salivaires et de maintenir ou proposer une prise en soin orthophonique qui permet de stimuler les capacités de déglutition de l'adulte et ainsi de pouvoir poursuivre la proposition d'alimentation-plaisir par voie orale (DéfiScience, 2020; Senez & Martinet, 2020).

La déglutition est donc un acte complexe, qui pour être efficient dans sa fonction de transport et de protection des voies aériennes, nécessite une intégrité anatomique et fonctionnelle de diverses structures. La déglutition peut être perturbée par des troubles moteurs, toniques, sensitifs et sensoriels, quelle que soit l'origine de ces troubles. En ce sens, les adultes en situation de handicap complexe sont une population à risque de présenter des troubles de la déglutition. Face à ces derniers, la littérature préconise de nombreuses adaptations possibles. Or, les professionnels de terrain ne sont pas nécessairement formés ou suffisamment formés à la déglutition et ses troubles. Alors, quelles sont leurs pratiques lors de l'accompagnement au repas ? Nécessitent-elles l'étayage d'un livret ? Par ailleurs, ces professionnels sont-ils intéressés par l'idée d'avoir de l'information concrète et facilement accessible pour améliorer ou tranquilliser cet accompagnement ?

L'objectif de l'étude est de faire un état des lieux des pratiques en matière d'accompagnement aux temps de repas chez les professionnels exerçant dans des ESMS accueillant des adultes en situation de handicap complexe : le but est de savoir si les pratiques professionnelles sont adaptées à ce qui est recommandé dans la littérature.

Le second objectif est de créer un support permettant d'améliorer les pratiques professionnelles en apportant des données théoriques mais surtout pratiques aux professionnels de terrain. En effet, le support doit être conçu dans une visée écologique et fonctionnelle.

II Méthode

1 Questionnaire

1.1 Population

Afin d'évaluer les pratiques professionnelles et la nécessité de créer un outil en matière d'accompagnement sur les temps d'alimentation, tous les professionnels exerçant auprès d'adultes en situation de handicap complexe et les accompagnant sur les temps de repas, d'hydratation ou de prise de médicaments, ont été ciblés.

Les orthophonistes ont été exclus de l'évaluation puisqu'ils sont des professionnels de la déglutition. En effet, selon le Bulletin Officiel n°32 du 5 septembre 2013, (Annexe 3 Référentiel de formation du certificat de capacité d'orthophoniste, 2013) les études d'orthophonie ne comptent pas moins de 7 Unités d'Enseignement dédiées à l'étude de la phonation, articulation et déglutition et 3 Unités d'Enseignement dévolues à l'étude de l'oralité. Il semble donc que leur formation soit suffisante mais plus encore, il est de leur rôle de prendre en soin les troubles de la déglutition et de l'oralité (Assurance Maladie, 2021). Or, ce sont des professionnels très peu présents dans ces ESMS. C'est pourquoi, le postulat suivant a été choisi : déterminer les besoins des professionnels de terrain malgré le manque d'orthophonistes. C'est donc pour cela que les orthophonistes ont été exclus mais que tous les autres professionnels de terrain ont été inclus, quel que soit leur diplôme ou la profession exercée. Ces derniers sont tous amenés à être présents sur les temps de repas mais ne sont parfois pas suffisamment formés et expriment peut-être un besoin d'information.

En ce sens, un questionnaire a été adressé aux membres de l'équipe éducative, paramédicale (hormis les orthophonistes), de direction, de secrétariat, de cuisine... Il a donc été transmis à des infirmiers, aides-soignants, accompagnants éducatifs et sociaux, maîtres de maison, assistants sociaux, moniteurs éducateurs, éducateurs spécialisés, enseignants APA (activité physique adaptée) ergothérapeutes, psychomotriciens, diététiciens, chefs de service mais aussi à des directeurs.

1.2 Matériel

Afin d'évaluer les besoins des professionnels de terrain, un questionnaire a été créé (Annexe A). Il s'articule autour de différents axes jugés importants pour un accompagnement à l'alimentation optimal au vu des données de la littérature. Le premier axe questionne le profil du répondant : établissement ou service médico-social

dans lequel il exerce, département d'exercice, ancienneté dans la structure, profession exercée afin de s'assurer que les critères d'inclusion soient respectés.

Viennent ensuite les questions permettant d'établir un état des lieux des connaissances en matière de déglutition, et pour cela des questions autour des temps de repas, d'hydratation et de prise de médicaments.

En ce sens, des questions portant sur les connaissances en matière de déglutition et de textures ont été posées. Le répondant a-t-il bénéficié de cours sur la déglutition et les textures, et quelles notions y ont été abordées ? A-t-il suivi une formation durant sa vie professionnelle portant sur la déglutition et les textures, quel en était le volume horaire et quelles étaient les notions abordées ? Puis, les questions portant sur la nutrition entérale semblaient essentielles au vu de la population accueillie dans les structures dans lesquelles exercent les répondants : y a-t-il des résidents alimentés par nutrition entérale dans la structure ? Si oui, il fallait savoir s'ils étaient présents sur les temps de repas, combien avaient l'occasion de bénéficier d'une alimentation-plaisir par voie orale, et à quelle fréquence.

La présence d'un orthophoniste dans la structure, salarié ou libéral, a été interrogée. Si oui, il était demandé aux professionnels de terrain s'ils bénéficiaient de conseils de l'orthophoniste en matière de déglutition.

La suite du questionnaire ne s'attardait plus sur les connaissances mais sur les pratiques. C'est pourquoi il a été demandé aux répondants s'ils accompagnaient des résidents sur les temps de repas, d'hydratation et de prise de médicaments, quelle était leur installation et celle du résident durant ces temps précis.

Enfin, afin d'évaluer la pertinence d'une création d'outil pour ces professionnels, les ressentis et besoins des répondants ont été sondés. En ce sens, il a été demandé s'ils se sentaient à l'aise et formés pour accompagner les résidents sur les temps d'alimentation, hydratation et prise de médicaments, mais également s'ils étaient intéressés par la création d'un livret. Enfin, si l'intérêt face au livret était présent, il a été demandé quel contenu ils souhaitaient trouver dans ce dernier.

1.3 Procédure

Le questionnaire est né après une recherche bibliographique importante qui a permis de déterminer quelles étaient les notions absolument nécessaires à aborder auprès de ces professionnels de terrain. Il est composé essentiellement de questions fermées, avec une ou plusieurs réponses à choisir, afin de ne pas décourager les personnes voulant y répondre par des réponses ouvertes demandant un temps de réponse plus important. Toutefois, il compte huit questions ouvertes qui étaient nécessaires à la meilleure compréhension des connaissances et des attendus des répondants.

Le questionnaire a été effectué sur une plateforme en ligne facile d'accès et de remplissage pour tous. Il est resté disponible durant 3 mois (d'octobre 2021 à décembre 2021).

Il a ensuite été diffusé via les réseaux sociaux, ainsi qu'en appelant différents ESMS. Il leur a été demandé de transmettre le questionnaire à tous les professionnels concernés, s'ils étaient d'accord.

Puis, a eu lieu l'analyse des résultats du questionnaire afin de procéder à la création du livret. Les réponses à chaque question ont été examinées de près et un croisement de réponses issues de différentes questions a pu être utile.

2 Livret

2.1 Population

Le livret d'accompagnement à l'alimentation s'adresse à toute personne travaillant au sein d'un ESMS accueillant des adultes ayant besoin d'être accompagnés sur les temps de repas, d'hydratation et de prise de médicaments.

Il est d'autant plus pertinent pour les professionnels qui exercent dans des structures sans orthophoniste, et ainsi sans professionnel de la déglutition avec qui échanger à propos des besoins des résidents sur ce sujet. Par ailleurs, il est tout particulièrement adapté aux personnes se sentant insuffisamment formées et/ou à l'aise face à ces moments mettant fortement en jeu la déglutition. En effet, il a été pensé comme étant un outil permettant de trouver des informations rapidement, utiles pour la pratique sur le terrain et dans un vocabulaire accessible à tous, quelles que soient les notions théoriques abordées en formation initiale autour de la déglutition.

2.2 Matériel

Le Livret d'Accompagnement à l'Alimentation (LAA) contient 27 pages en format A5. Il est consultable en version numérique mais est aussi imprimable, en fin de mémoire (Annexe B). Il se présente sous forme de textes et d'illustrations qui se veulent explicites pour tout professionnel travaillant auprès d'adultes en situation de handicap complexe.

Il est composé d'une introduction qui explique brièvement l'intérêt et le contenu du livret, et de trois grandes parties. La première partie permet de définir et d'aider au repérage des troubles de la déglutition et de l'oralité alimentaire. La seconde propose des conseils généraux, applicables à tous les résidents, et qui garantissent la sécurité pulmonaire tout en facilitant la prise alimentaire. Sont donc abordés les notions d'environnement lors du repas, d'installation et gestes aidant la prise alimentaire et l'hydratation, ainsi que l'importance de l'hygiène bucco-dentaire. Enfin, la troisième partie permet de trouver des réponses plus spécifiques sur les textures, les aides techniques et la nutrition entérale.

2.3 Procédure

Le livret a été conçu après l'exploitation des réponses au questionnaire, en ayant pour ligne directrice de répondre aux besoins des professionnels de terrain selon deux critères. D'abord un manque qu'ils auraient exprimé dans le questionnaire, mais aussi un manque de connaissances théoriques et/ou des pratiques professionnelles inadéquates, mis en valeur par les réponses fournies au regard des préconisations trouvées dans la littérature.

Les répondants n'ayant pas les mêmes connaissances que les orthophonistes en raison de leur formation initiale, il était donc extrêmement important d'utiliser un vocabulaire adapté à ces connaissances et d'expliquer le vocabulaire technique. Par ailleurs, afin que le livret soit attractif, un point d'honneur a été mis sur la présentation et les illustrations.

Pour répondre à tous ces objectifs, un travail de recherche bibliographique a dû être fourni. C'est sur cette base et celle de l'analyse des réponses au questionnaire que le contenu du livret a été choisi et écrit. Une fois ce travail effectué, les illustrations ont été pensées et dessinées pour mettre en évidence et éclaircir les propos.

Enfin, le livret a été diffusé aux professionnels intéressés, qui avaient transmis leur mail à la fin du questionnaire. Il est également disponible en Annexe B du mémoire.

III Résultats

1 Analyse descriptive des données concernant les répondants au questionnaire

Au total, il y a eu 70 répondants au questionnaire. Les réponses de 2 cuisiniers ont été exclues par manque de représentativité ainsi que les réponses d'un orthophoniste car le questionnaire n'était pas destiné à des orthophonistes. Alors, ce sont 67 réponses qui sont exploitées.

Comme le montre la Figure 1, sur ces 67 répondants, 52% travaillent en FAM (n = 35), 25% en SAJ (n = 17) et 23% en MAS (n = 15). La Figure 2 illustre le département d'exercice des répondants : ils exercent majoritairement dans le Rhône (64% ; n = 43), mais aussi dans l'Ain (21% ; n = 14), la Loire (7% ; n = 5), le Jura (4% ; n = 3), la Seine-et-Marne et la Vienne (3% à elles deux ; n = 1 pour chacun). La Figure 3 montre que 16% (n = 11) travaillent dans leur établissement actuel depuis moins d'un an, 61% (n = 41) y sont depuis 1 à 5 ans, 8% (n = 5) depuis 6 à 10 ans, et 15% (n = 10) depuis plus de 10 ans.

Figure 1

Lieu d'exercice des répondants en pourcentage

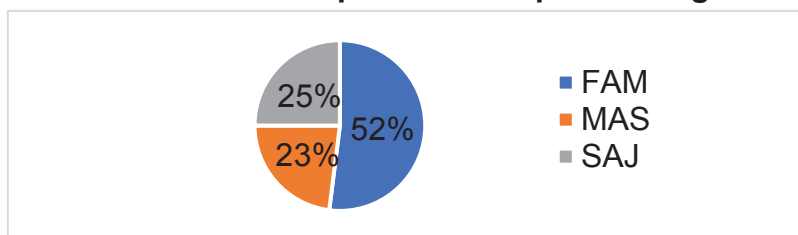


Figure 2

Département d'exercice des répondants en pourcentage

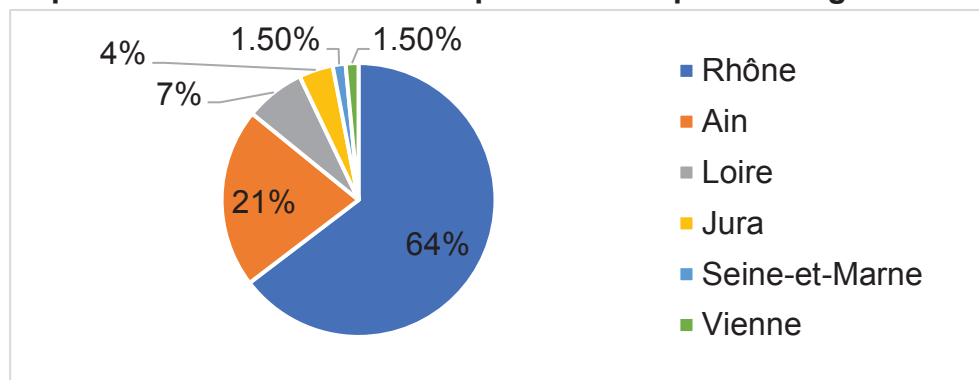
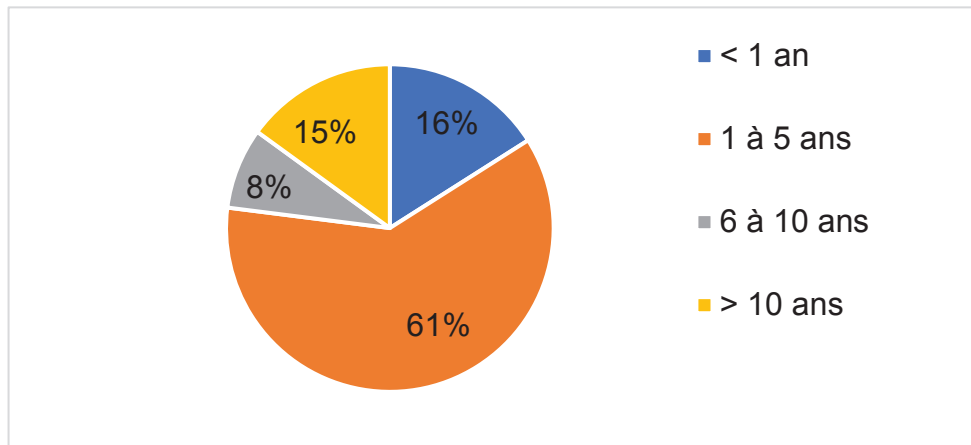


Figure 3

Ancienneté d'exercice dans l'ESMS en pourcentage



Ces répondants ont des professions différentes : AES (19% ; n = 13), éducateurs spécialisés et infirmiers (13% chacun ; n = 9), moniteurs-éducateurs (12% ; n = 8), ergothérapeutes et aides-soignants (9% ; n = 6), enseignants APA et chefs de service (6% ; n = 4), membres de l'équipe de direction, psychomotriciens et maîtres de maison (3% ; n = 2), assistants-sociaux et diététiciens (2% ; n = 1).

Concernant la présence ou non d'orthophoniste intervenant dans l'établissement d'exercice des répondants, 4,5% (n = 3) des répondants ne savent pas si un orthophoniste intervient. 57% (n = 38) n'ont pas d'orthophoniste dans la structure dans laquelle ils exercent, 25% (n = 17) ont un orthophoniste salarié à temps partiel, et 3% (n = 2) en ont un salarié à temps plein. 9% (n = 6) disent qu'un orthophoniste libéral intervient dans la structure pour un petit nombre de résidents, et 1,5% (n = 1) pour un grand nombre de résidents

2 Analyse des connaissances et pratiques professionnelles des répondants au questionnaire

2.1 Analyse des connaissances théoriques

Afin d'estimer les connaissances théoriques que peuvent avoir les répondants sur la déglutition, ses troubles et l'accompagnement qui en découle, il leur a été demandé s'ils avaient bénéficié de cours sur la déglutition et/ou d'une formation professionnelle.

Parmi les répondants, 48% (n = 32) ont bénéficié de cours sur la déglutition pendant leur formation initiale, et 52 % (n = 35) n'en ont pas reçu. Les 32 personnes ayant bénéficié de cours sur la déglutition ont pu évoquer librement les notions qui avaient été abordées, afin de voir ce qui leur restait en mémoire. Spontanément, 28% d'entre eux (n = 9) ont dit avoir abordé l'anatomie et la physiologie de la déglutition, 34% (n = 11) la notion de trouble que ce soit par le biais des causes ou des symptômes, 31% (n = 10) des personnes connaissent la nécessité d'adaptation des textures, 9% (n = 3) ont entendu parler des aides techniques, 25% (n = 8) de l'importance de l'installation (du professionnel et/ou de l'usager), et seulement 3% (n = 1) évoquent le besoin d'un environnement particulier.

Concernant la formation professionnelle, les ratios sont similaires : 46% (n = 31) ont suivi une formation professionnelle et 54% (n = 36) n'en ont pas suivi. Toutefois, le nombre d'heures de cette formation était très variable, allant, selon les répondants, de 2 heures à 35 heures, avec une durée médiane de 6,5 heures. Les notions abordées durant cette formation ont été questionnées, cette fois-ci en proposant différents items jugés importants pour un accompagnement optimal au vu des données de la littérature. Ainsi, sur les 31 personnes ayant suivi une formation concernant la déglutition, 93,5% (n = 29) ont abordé la notion de fausses routes, 97% (n = 30) la notion de trouble de la déglutition, 42% (n = 13) de trouble de l'oralité, 35% (n = 11) de RGO, 58% (n = 18) de nutrition entérale, 87% (n = 27) d'installation et 87% (n = 27) également des différentes textures.

En croisant les données, il ressort que sur les 67 répondants, 39% (n = 26) n'ont reçu ni cours ni formation concernant la déglutition et 15% (n = 10) des personnes qui n'avaient pas reçu de cours ont effectué une formation professionnelle.

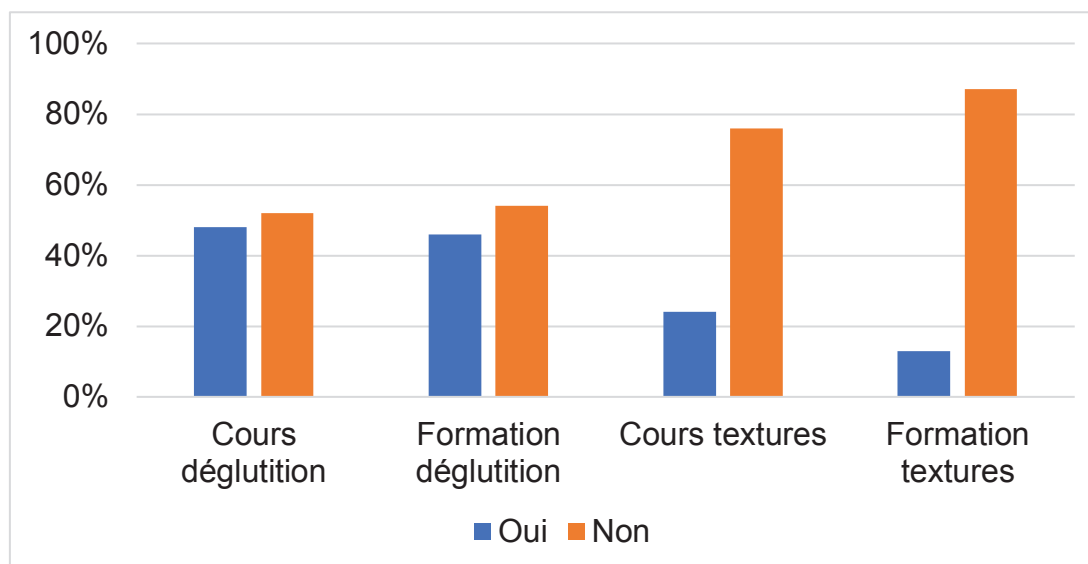
Concernant les textures, il était important d'estimer plus précisément les connaissances des répondants, puisque l'adaptation des textures est un point clé de l'accompagnement des adultes en situation de handicap complexe. Il a d'abord été demandé s'ils avaient reçu des cours et s'ils avaient suivi une formation professionnelle. Il en ressort que 76% (n = 51) n'ont pas eu de cours et 24% (n = 16)

en ont eu ; 87% (n = 58) n'ont pas eu de formation professionnelle et 13% (n = 9) en ont eu. De plus, les répondants ont évoqué ce qu'ils avaient abordé durant ces cours et/ou formation. Les résultats montrent qu'aucun n'utilise les terminologies actuellement recommandées par l'IDDSI.

Les données relatives au taux de suivi de cours et/ou de formations professionnelles concernant la déglutition et les textures sont synthétisées dans la Figure 4.

Figure 4

Taux de répondants ayant bénéficié de cours (en formation initiale) ou d'une formation professionnelle en matière de déglutition et de textures



2.2 Analyse des pratiques professionnelles en matière d'accompagnement

Afin d'évaluer les pratiques des professionnels de terrain, la première question s'intéressait à savoir s'ils accompagnaient les résidents sur les temps de repas et de prise de médicaments. 84% (n = 56) accompagnent sur les temps de repas et 75% (n = 50) accompagnent à la prise de médicaments.

Puis, l'installation des accompagnants et celle du résident lors des repas et de la prise de médicaments au lit a été sondée. La majorité des accompagnants aux repas s'installent systématiquement en étant assis à côté du résident (77% ; n = 43), 1,8% (n = 1) s'installe systématiquement debout à côté du résident, 12,5% (n = 7) s'installent

systématiquement assis en face du résident. Enfin, 9% (n = 5) adaptent leur installation en fonction des capacités et besoins du résident, en s'asseyant en face ou à côté du résident. D'autre part, l'installation des résidents étant dépendante de leurs capacités motrices notamment, plusieurs choix de réponses ont été permis. Il en ressort que sur les 56 répondants, la plupart accompagne des résidents installés, sur les temps de repas, dans leur fauteuil roulant, que ce soit avec ou sans installation particulière (respectivement 45% ; n = 25 et 79% n = 44). Ils accompagnent également des résidents installés sur une chaise normale (50% ; n = 28) ou sur une chaise adaptée (14% ; n = 8). En ce qui concerne la prise de médicaments au lit, 54% (n = 27) des professionnels installent le résident en position semi-allongée, tête de lit relevée, 44% (n = 22) en position assise, et 1,8% (n = 1) en position allongée.

Un point a été fait sur les pratiques en matière d'accompagnement des résidents sous nutrition entérale. 39 répondants relèvent la présence de résidents alimentés artificiellement dans leur établissement. Ces 39 personnes ont dû dire si les résidents sus-cités étaient présents sur les temps de repas. Ils le sont toujours dans 18% des cas (n = 7), souvent dans 46% des cas (n = 18), rarement dans 31% des cas (n = 12), et ils ne le sont jamais dans 5% des cas (n = 2). Aussi, 13% (n = 5) disent qu'aucun des résidents alimentés par nutrition entérale ne bénéficie d'une alimentation-plaisir par voie orale, 51% (n = 20) répondent que quelques-uns en bénéficient, 21% (n = 8) disent que la plupart en bénéficient et enfin 15% (n = 6) disent que tous en bénéficient. Quant à la fréquence de cette alimentation-plaisir par voie orale, les répondants disent la proposer toujours dans 18% des cas (n = 6), souvent dans 53% des cas (n = 18) et rarement dans 29% des cas (n = 10).

3 Analyse des ressentis des professionnels concernant leur accompagnement

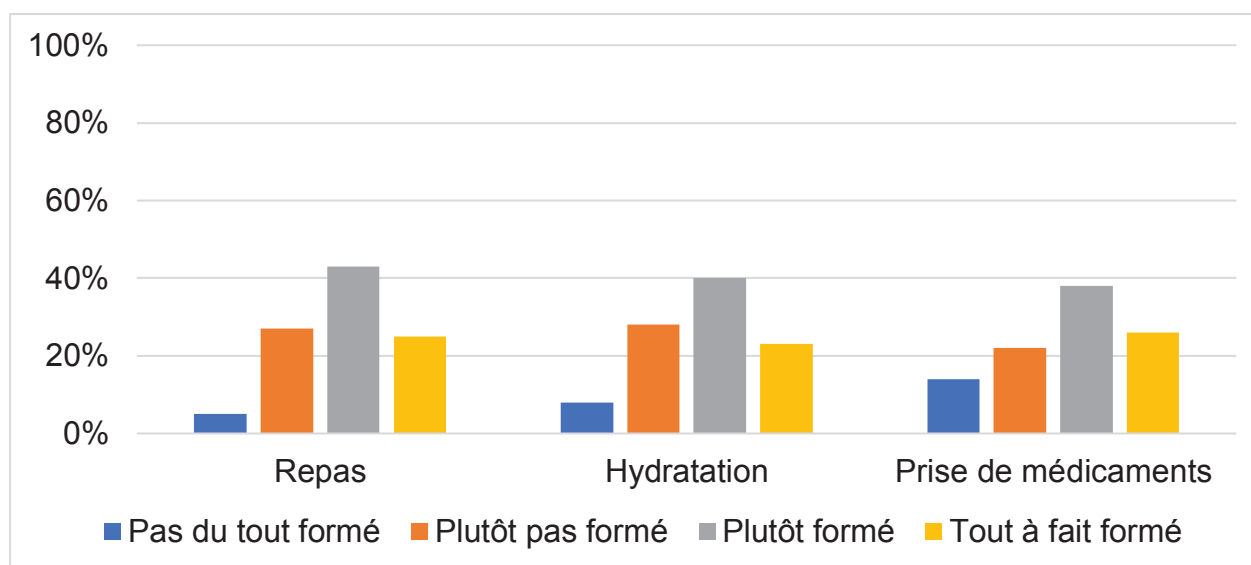
Le but était de savoir si les professionnels se sentaient à l'aise concernant l'accompagnement sur les temps de repas, d'hydratation et de prise de médicaments. Sur 56 personnes accompagnant aux repas, 18% (n = 10) sont « plutôt pas à l'aise », 29% (n = 16) sont « plutôt à l'aise » et 54% (n = 30) sont « tout à fait à l'aise ». Sur 60 personnes accompagnant à l'hydratation, 15% (n = 9) sont « plutôt pas à l'aise », 38% (n = 23) sont « plutôt à l'aise » et 47% (n = 28) sont « tout à fait à l'aise ». Sur 50 personnes donnant des médicaments, 4% (n = 2) ne se sentent « pas du tout à l'aise »,

10% (n = 5) sont « plutôt pas à l'aise », 36% (n = 18) sont « plutôt à l'aise » et 50% (n = 25) sont « tout à fait à l'aise ».

Puis, il a été demandé aux professionnels de terrain s'ils se sentaient suffisamment formés pour accompagner les résidents sur les temps d'alimentation, d'hydratation et de prise de médicaments. 56 réponses ont été obtenues pour la partie concernant l'accompagnement au repas, 60 pour l'hydratation, et 50 pour la prise de médicaments. Les résultats sont présentés en Figure 5.

Pour l'accompagnement aux temps de repas, les résultats des 56 répondants montrent que 5% (n = 3) ne se sentent « pas du tout formés », 27% (n = 15) se sentent « plutôt pas formés », 43% (n = 24) se sentent « plutôt formés » et 25% (n = 14) se sentent « tout à fait formés ». En ce qui concerne l'hydratation, les résultats des 60 répondants montrent que 8% (n = 5) ne se sentent « pas du tout formés », 28% (n = 17) se sentent « plutôt pas formés », 40% (n = 24) se sentent « plutôt formés » et 23% (n = 14) se sentent « tout à fait formés ». Enfin, concernant la prise de médicaments, les résultats des 50 répondants montrent que 14% (n = 7) ne se sentent « pas du tout formés », 22% (n = 11) se sentent « plutôt pas formés », 38% (n = 19) se sentent « plutôt formés » et 26% (n = 13) se sentent « tout à fait formés ».

Figure 5
Ressenti des professionnels concernant leur formation pour l'accompagnement au repas, à l'hydratation et à la prise de médicaments



4 Analyse de l'intérêt pour la création du livret

Le questionnaire s'est terminé en demandant aux répondants s'ils étaient intéressés par la création d'un livret. Sur 67 répondants, 73% (n = 49) étaient tout à fait intéressés, 22% (n = 15) étaient plutôt intéressés, 3% (n = 2) plutôt pas intéressés et 1,5% (n = 1) n'était pas du tout intéressé.

Les 3 personnes « plutôt pas intéressées » ou « pas du tout intéressées » ont justifié ce choix en expliquant être non-concernées par le livret en raison du public accueilli dans leur établissement : les résidents sont autonomes dans leur prise alimentaire et ne présentent pas de trouble de la déglutition. L'autre raison invoquée était un sentiment de formation suffisamment important.

Les 64 personnes « tout à fait intéressées » et « plutôt intéressées » par le livret ont pu évoquer librement ce qu'elles souhaitaient trouver dans celui-ci. 30% (n = 20) n'ont pas donné de réponse à cette question ouverte. Pour les autres, des réponses diverses ont été données, portant tant sur le fond que sur la forme. Elles ont été analysées pour être catégorisées dans de grandes notions. Concernant le fond, 6% (n = 4) souhaitent trouver des explications sur la déglutition normale, 11% (n = 7) sur le trouble de la déglutition, 14% (n = 9) sur l'installation, 27% (n = 17) sur les textures, 20% (n = 13) sur les aides techniques, 5% (n = 3) sur la nutrition entérale, et 3% (n = 2) sur le RGO. Restent tout de même des réponses difficilement analysables car trop vagues (exemple : à la question, "Quel contenu souhaiteriez-vous trouver dans le livret ?", une réponse est "tout") et ne rentrant dans aucune des catégories établies (« personnalisation du livret en fonction du résident (de ce qu'il aime ou n'aime pas manger, comme aliments) »). Concernant la forme, 8% (n = 5) tiennent à avoir des images ou schémas explicatifs.

IV Discussion

L'objectif de ce mémoire est de faire un état des lieux des pratiques professionnelles en matière d'accompagnement à l'alimentation des adultes en situation de handicap complexe en ESMS, et de proposer un outil en adéquation avec les besoins des professionnels de terrain afin d'améliorer cet accompagnement. Pour ce faire, un questionnaire permettant de faire l'état des lieux des pratiques professionnelles a été diffusé à tous les professionnels, hormis les orthophonistes. Puis, grâce à l'analyse des résultats et des acquis de la recherche bibliographique, un Livret d'Accompagnement à l'Alimentation a été créé.

1 Mise en lien avec les recherches antérieures

1.1 Analyse des connaissances des professionnels de terrain au regard des données de la littérature

Le questionnaire diffusé montre que les connaissances des professionnels exerçant en ESMS auprès d'adultes en situation de handicap complexe sont parfois limitées. En effet, 39% des répondants n'ont reçu ni cours ni formation concernant la déglutition. Or, la déglutition est un mécanisme complexe et souvent troublé chez la population accueillie en ESMS pour adultes. Cela questionne sur la capacité des professionnels à repérer d'éventuels troubles, à orienter vers le professionnel susceptible d'établir un bilan de déglutition mais aussi à mettre des adaptations en place pour ces adultes en difficulté.

Aussi, parmi les répondants ayant reçu des cours sur la déglutition, aucun n'évoque spontanément l'oralité alimentaire et 42% de ceux qui ont reçu une formation en ont entendu parler. La population accompagnée par ces répondants est pourtant sujette aux troubles de l'oralité alimentaire en lien avec les lésions cérébrales (Auzou, 2007b), très souvent responsables de dénutrition. Il est donc essentiel que davantage de professionnels soient sensibilisés à ces troubles, d'autant qu'une méconnaissance peut entraîner des comportements alimentant les expériences sensorielles négatives, et ainsi le cercle vicieux menant à la dénutrition. Senez (2020d) démontre par ailleurs qu'une rééducation même à l'âge adulte apporte de vraies améliorations. Il faut donc permettre aux professionnels de repérer ces troubles afin d'orienter vers un orthophoniste si nécessaire.

En ce qui concerne le RGO, seuls 35% des répondants ayant suivi une formation l'ont évoqué. Pourtant, il engendre des douleurs et même des nausées et vomissements qui nécessitent une installation particulière hors des repas. Si cette installation est si importante, c'est que l'inconfort de ceux qui souffrent d'un RGO peut les amener à refuser l'alimentation : ils risquent la dénutrition.

Quant à la nutrition artificielle, elle a été abordée en formation chez 58% de ceux qui en ont suivi une. Ce chiffre est loin d'être suffisant : il représente 18 répondants, alors qu'ils sont 39 à accompagner des personnes bénéficiant d'une nutrition entérale. Or, l'intérêt de l'alimentation-plaisir par voie orale chez la personne nourrie artificiellement a été démontré tant au niveau du plaisir qu'elle apporte que de son rôle physiologique (DéfiScience, 2020; Réseau Lucioles, 2014).

Enfin, l'adaptation des textures a été abordée en cours par 24% des répondants et en formation par 87% de ceux qui en ont suivi une. Seuls 13% des répondants ont suivi une formation spécifiquement centrée sur les textures. Ces chiffres peuvent s'expliquer par diverses raisons. Tout d'abord, l'adaptation des textures est un levier essentiel en matière d'accompagnement à l'alimentation, c'est sans doute la raison pour laquelle les différentes textures sont très fréquemment abordées en formation sur la déglutition. En revanche, ce n'est pas du ressort des professionnels de terrain que d'indiquer l'adaptation des textures, elle est préconisée par l'orthophoniste et validée par le médecin. Ceci peut sans doute expliquer pourquoi les professionnels de terrain ne suivent pas d'eux-mêmes des formations propres à l'adaptation des textures. Toutefois, pour tous les répondants ayant des connaissances sur les textures, aucun n'utilise les terminologies issues de l'IDDSI (Ruglio et al., 2018). Or, les orthophonistes sont de plus en plus nombreux à les utiliser. Ceci questionne sur la capacité des professionnels de terrain à interpréter les comptes-rendus de bilan orthophonique et à proposer une texture adaptée au besoin du résident.

Ainsi, les connaissances issues des cours et formations qu'ont suivis les professionnels de terrain sont limitées au regard de l'accompagnement dont ont besoin les adultes en situation de handicap complexe. Pour autant, les discussions informelles sont aussi un moyen de se former sur son lieu de travail (Lejeune, 2013). Alors, il est important de regarder concrètement du côté des pratiques professionnelles comment se passe l'accompagnement au repas.

1.2 Analyse des pratiques des professionnels de terrain au regard des données de la littérature

Tout d'abord, les résultats portant sur l'installation du professionnel et du résident sont difficiles à analyser finement. En effet, dans la réalité, les installations de chacun doivent différer en fonction de leurs besoins. Ainsi, 12,5% des professionnels ont une installation qui semble optimale : ils s'installent assis, face à la personne qu'ils accompagnent. C'est l'installation permettant, a priori, le meilleur maintien de la tête en flexion antérieure. La majorité des professionnels (77%) s'installe assis, à côté du résident. Cette installation peut être très satisfaisante selon comment la cuillère ou la fourchette est introduite dans la bouche du résident. Mais elle présente aussi le risque d'empêcher la flexion antérieure de la tête si le résident se tourne vers le professionnel. La déglutition n'est alors plus sécurisée. 9% des professionnels accompagnant au repas adaptent leur installation en fonction des résidents. Ce point semble positif, mais ne nous dit pas si l'installation est adaptée aux besoins de la personne accompagnée. Enfin, un point est important à souligner : un professionnel reste debout, à côté de la personne qu'il accompagne. Cette installation est la plus inadaptée puisqu'elle ne permet pas la flexion antérieure de la tête et peut même induire une flexion postérieure qui empêche l'élévation du larynx lors de la déglutition : le risque de fausses routes s'accroît inévitablement. De plus, cette installation questionne sur le confort du professionnel et de la personne accompagnée.

Concernant l'installation lors de la prise de médicaments au lit, les résultats sont satisfaisants : la majorité des répondants installe les résidents en position assise ou semi-assise, ce qui correspond à ce qui est recommandé dans la littérature. Cependant, un répondant donne les médicaments quand la personne est en position allongée. Cette installation implique un risque majeur de fausse route voire d'étouffement.

En matière d'accompagnement des personnes bénéficiant d'une nutrition entérale, certaines pratiques professionnelles sont en adéquation avec ce qui est recommandé dans la littérature. C'est ainsi que 18% des répondants accompagnant des personnes avec nutrition entérale relèvent qu'ils sont toujours présents au repas, 15% disent proposer une alimentation-plaisir par voie orale à tous les résidents concernés et qu'ils en bénéficient toujours dans 18% des cas. Cependant, la plupart des résultats en

matière de pratiques professionnelles reflète le manque de connaissances déjà évoqué. 82% des répondants disent que les adultes nourris artificiellement ne sont pas toujours présents sur les temps de repas. Ces pratiques sont contraires à ce qui est recommandé dans la littérature et questionnent sur la socialisation de ces personnes, d'autant que les temps de repas représentent 3 heures d'une journée institutionnelle (Senez, 2020d). Les résultats vont dans le même sens en matière d'alimentation-plaisir par voie orale puisque 13% des répondants disent qu'elle n'est proposée à aucun des résidents nourris artificiellement. Les autres répondants disent ne pas la proposer à tous les résidents et à des fréquences variables. Ces pratiques, en inadéquation avec les préconisations de la recherche, sont toutefois à relativiser : les réponses ne permettent pas de savoir si l'alimentation-plaisir par voie orale n'est pas proposée en raison d'une contre-indication médicale ou par méconnaissance des bénéfices qu'elle apporte.

Les pratiques professionnelles en ESMS pour adultes en matière d'accompagnement au repas ne sont donc pas optimales par rapport aux données de la littérature. Il est important de regarder maintenant les ressentis afin de voir si les professionnels sont enclins à recevoir de l'information.

1.3 Analyse des ressentis des professionnels de terrain et intérêt face au livret

Les résultats des ressentis concernant l'alimentation, l'hydratation et la prise de médicaments montrent que trop de professionnels ne sont pas suffisamment à l'aise sur ces temps. En effet, en considérant que les réponses « plutôt pas à l'aise » et « pas du tout à l'aise » sont insatisfaisantes pour le bien-être des professionnels, les résultats montrent que 18% de ceux qui accompagnent au repas sont mal à l'aise, 15% le sont sur les temps d'hydratation et 14% lors de la prise de médicaments. Ces temps sont essentiels dans le quotidien institutionnel, c'est pourquoi ces ressentis doivent être considérés et des solutions doivent être proposées aux professionnels afin de leur permettre un meilleur vécu au travail.

Une des raisons qui expliquerait potentiellement ces résultats est le sentiment d'un manque de formation chez les professionnels. En ajoutant les résultats montrant un sentiment de manque de formation (« plutôt pas formé » et « pas du tout formé »), il ressort que 32% ont ce ressenti concernant l'accompagnement au repas, 36%

concernant l'hydratation et la prise de médicaments. Ceci corrobore ce qui est trouvé dans la littérature : les professionnels sont présents sur ces temps mais leurs référentiels de formation ne montrent pas qu'ils bénéficient de cours à ce sujet.

Lors de la création du questionnaire, l'hypothèse d'un sentiment de malaise et de manque de formation avait été émise. C'est pour cette raison que l'idée de créer un livret était déjà présente et que les professionnels devaient également dire s'ils étaient intéressés par cet outil. Il ressort de ces réponses que les professionnels sont majoritairement intéressés par le livret : 93% d'entre eux sont « tout à fait intéressés » ou « plutôt intéressés ». Malgré 30% d'absence de réponse à la question ouverte, les professionnels semblent avoir une réelle volonté d'accroître leurs connaissances et compétences puisque les réponses ouvertes montrent un panel large de sujets à aborder. De plus, ces sujets sont en adéquation avec ce qui ressort comme étant important dans la littérature. Les professionnels veulent des explications sur le mécanisme de déglutition et ses troubles, les adaptations pour les personnes dysphagiques comme l'installation, les textures, les aides techniques, l'accompagnement des personnes sous nutrition entérale et sur le RGO. Aucun ne mentionne les troubles de l'oralité alimentaire, mais on ne sait pas si c'est à cause d'une méconnaissance de ces troubles ou d'un désintérêt. En ce qui concerne la forme du livret, l'analyse des réponses montre un besoin de concrétude : les professionnels souhaitent avoir des images et schémas explicatifs. C'est un point essentiel, et tout a été mis en œuvre pour que le livret en contienne.

1.4 Synthèse montrant l'intérêt et les choix effectués pour la création du Livret d'Accompagnement à l'Alimentation

Les résultats obtenus au questionnaire, leur analyse et leur discussion au regard des données de la littérature corroborent l'hypothèse initiale : les professionnels des ESMS accompagnant des adultes en situation de handicap complexe lors des repas ont des pratiques qui ne sont pas toujours optimales. Mais les professionnels sont enclins à les améliorer et sont intéressés par un livret qui irait dans ce sens.

Ainsi, le Livret d'Accompagnement à l'Alimentation a été créé en s'appuyant sur les différents résultats obtenus. Les thèmes abordés dans le livret ne le sont pas

seulement au regard des attendus des professionnels. En effet, ce n'est pas parce qu'un petit nombre souhaite avoir accès à de l'information sur un sujet qu'il a été éliminé. Tout ce qu'ont relevé les professionnels est important selon les données de la littérature, et tout ce qui pouvait être abordé l'a été. Aussi, si un sujet n'était désiré par aucun des répondants, comme l'oralité alimentaire, il n'était pas écarté pour autant car la littérature montre son importance. Par ailleurs, toutes les volontés n'ont pu être satisfaites. Par exemple, il n'y a pas de fiche individuelle d'accompagnement au repas, comme demandé par un répondant, car un travail similaire a déjà été effectué chez une population d'enfants et serait facilement adaptable chez l'adulte (Tison, 2020). C'est donc l'ensemble de ces éléments qui a guidé le choix des thèmes abordés dans le livret.

Il est important de donner des connaissances aux professionnels puisqu'ils sont en demande, mais aussi de tenter d'améliorer le repérage des troubles et l'orientation vers les professionnels experts de ces troubles. De plus, ces connaissances permettent de mieux comprendre les conseils pratiques donnés tout au long du livret concernant l'installation, les textures, les bons gestes pour nourrir, ou encore l'hygiène bucco-dentaire. C'est aussi pour essayer de réduire les pratiques qui pourraient être délétères pour la santé des adultes en situation de handicap complexe que la création du livret a du sens. En effet, ce n'est pas le nombre de personnes ayant des pratiques dangereuses qui doit justifier d'inclure des connaissances à ce propos dans le livret, mais la dangerosité-même de la pratique qui justifie que la plus grande importance y soit accordée (cf. prise de médicaments en position allongée).

Toutefois, ce travail a des limites qu'il est important de souligner dans un but d'améliorations qui pourraient être amenées à l'avenir.

2 Limites et perspectives

Le point fort des résultats obtenus tient du fait que chaque corps de métier devant être présent en ESMS pour adultes en situation de handicap complexe est représenté dans les répondants au questionnaire (Décret n° 2009-322 du 20 mars 2009 relatif aux obligations des établissements et services accueillant ou accompagnant des personnes handicapées adultes n'ayant pu acquérir un minimum d'autonomie, 2009).

Cependant, beaucoup des répondants sont en relation dans leur ESMS avec un orthophoniste. Or, à titre indicatif, la DREES (2004) disait qu'il y avait 14,2 équivalents temps plein d'orthophonistes en MAS et 12 en FAM sur la France entière, métropolitaine et d'outre-mer. Dans le présent travail, 28% des répondants côtoient un orthophoniste, salarié à temps partiel ou temps plein dans l'ESMS où ils travaillent. Ainsi, il se peut que les pratiques des professionnels ne soient pas représentatives de ce qu'il se passe sur le territoire français. En effet, les discussions informelles qui ont lieu au travail ou hors du temps de travail avec des collègues ont une grande importance sur le partage de connaissances et de savoir-faire tacites (Lejeune, 2013). Les répondants sont peut-être mieux formés que ceux de l'ensemble de la France puisqu'il sont, en proportion, plus nombreux à être régulièrement en lien avec un orthophoniste.

Aussi, le questionnaire est un outil imparfait qui ne permet pas d'avoir accès à toutes les données nécessaires à la compréhension des pratiques professionnelles. Comme cela a déjà été souligné, des répondants semblent s'adapter à chacun des adultes qu'ils accompagnent, mais il est impossible de savoir si cet accompagnement est celui attendu au regard des troubles de l'adulte accompagné. Par ailleurs, bien que les questions ouvertes aient été limitées en nombre, celles qui subsistaient ont parfois découragé les répondants (30% de non-réponse à la question ouverte concernant le contenu attendu du livret chez des personnes pourtant intéressées). Alors, il n'est pas toujours possible d'accéder finement à la compréhension des connaissances, pratiques et besoins des professionnels.

Enfin, le livret a été conçu comme un premier outil d'amélioration des pratiques professionnelles et dans une volonté de permettre un mieux-être des professionnels et donc des résidents sur les temps d'alimentation, d'hydratation et de prise de médicaments. C'est pour ces raisons qu'il mêle des informations théoriques et pratiques. Toutefois, dans une perspective à plus long terme, il serait intéressant d'évaluer l'intérêt du livret afin de voir s'il remplit ces objectifs, mais aussi afin d'évaluer s'il répond aux attentes des professionnels.

3 Evaluation potentielle du Livret d'Accompagnement à l'Alimentation

Le livret créé au cours de ce mémoire devrait être évalué afin de déterminer s'il répond aux objectifs initialement fixés. En ce sens, il serait intéressant de vérifier les hypothèses suivantes : le livret est un outil facile à utiliser, agréable pour les professionnels, compréhensible par tous et répondant aux besoins du terrain ; par ailleurs, il permet d'améliorer les pratiques professionnelles en matière d'accompagnement à l'alimentation des adultes en situation de handicap complexe.

Pour ce faire, le livret serait diffusé à différents ESMS accueillant des adultes en situation de handicap complexe et il serait demandé d'envoyer un e-mail pour les personnes intéressées par la suite de l'étude. Ces dernières seraient sollicitées dans un second temps en leur demandant de répondre à un questionnaire. Il serait adressé à tous les professionnels de terrain intéressés, hormis les orthophonistes. Les répondants pourraient avoir répondu au questionnaire du présent mémoire ou non.

Afin que le questionnaire permette de répondre aux différentes hypothèses, il serait composé de différentes catégories de questions.

D'abord, il s'agirait d'identifier les répondants afin de voir si les critères d'inclusion sont respectés.

Ensuite, une série de questions s'attacherait à évaluer la satisfaction des professionnels d'un point de vue formel : le livret est-il facile à lire, à comprendre, agréable ; les illustrations sont-elles suffisantes, claires, adaptées aux textes ? Puis, viendraient des questions sur le fond, en demandant aux professionnels si leurs connaissances se sont accrues, si les informations transmises étaient pertinentes et adaptées à la réalité et aux exigences du terrain ou encore s'ils ont changé certaines de leurs pratiques. Pour évaluer ces dernières, il serait possible de s'appuyer sur le questionnaire créé pour ce mémoire. Pour chacune de ces catégories, un espace de réponse libre serait prévu afin que les professionnels puissent évoquer librement les points forts du livret mais aussi ce qu'ils souhaiteraient voir évoluer.

Aussi, des questions concernant l'utilisation du livret pourraient être ajoutées. Le livret est volontairement composé de différentes parties, pour que les professionnels puissent se référer seulement à celles qui les intéressent. Alors, il serait intéressant de demander aux répondants s'ils ont lu une ou plusieurs parties, s'ils se réfèrent au

livret quand ils ont un doute, mais également s'ils trouvent qu'il est une source d'information intéressante à transmettre aux différents professionnels intégrant l'ESMS (remplaçants ou nouveaux salariés).

Enfin, des questions seraient ajoutées pour les répondants ayant déjà participé au questionnaire du présent mémoire. Il serait intéressant d'évaluer leur niveau de satisfaction face aux attentes qu'ils avaient pu exprimer dans le questionnaire précédent la création du livret : est-ce que le livret respecte leurs attentes sur les sujets abordés mais aussi sur la présentation ?

Les résultats du questionnaire seraient alors exploités et des modifications pourraient être apportées au livret.

Un tel travail aurait pour avantage de limiter les démarches administratives. Il s'agirait d'un mémoire avec un recueil de données concernant la satisfaction des professionnels et leurs pratiques en matière d'accompagnement à l'alimentation des adultes en situation de handicap complexe, qui n'implique pas la personne humaine. Les données recueillies seraient non-identifiantes. Le questionnaire pourrait être diffusé en ligne. Alors, seule une notice d'information serait nécessaire. Elle serait intégrée au début du questionnaire et permettrait de décrire le but de l'étude mais aussi de prévenir les répondants qu'ils peuvent se rétracter à tout moment.

V Conclusion

Le présent travail a permis, à l'aide d'un questionnaire, d'évaluer les pratiques des professionnels travaillant en ESMS et accompagnant, sur les temps de repas, des adultes en situation de handicap complexe. Les réponses ont permis de mettre en évidence que leurs connaissances et pratiques pouvaient être optimisées et qu'ils étaient intéressés par l'idée de recevoir un livret leur donnant des conseils à la fois théoriques et pratiques.

C'est pourquoi, sur la base des réponses au questionnaire et des données de la littérature, le Livret d'Accompagnement à l'Alimentation a été créé. Il est composé d'éléments théoriques et pratiques demandés par les professionnels de terrain mais aussi jugés importants au regard des données de la littérature, et illustrés par des schémas. Ces derniers ainsi que la mise en page ont été travaillés afin de rendre le livret attractif.

Toutefois, l'ensemble du travail présente des limites tant au niveau de la méthode de recueil des données que de la compréhension de celles-ci. De plus, il ne permet pas d'évaluer la pertinence de cet outil.

Ce travail pourrait donc être poursuivi à l'aide d'un nouveau protocole qui permettrait d'évaluer l'efficacité du livret mais aussi d'apporter des modifications nécessaires à son amélioration, en poursuivant toujours le même objectif : améliorer l'accompagnement lors des repas des adultes en situation de handicap complexe dans les ESMS, lieux dépourvus d'orthophonistes.

VI Références

- Annexe 3 Référentiel de formation du certificat de capacité d'orthophoniste, B.O. n°32 du 5 septembre 2013 (2013).
- Assurance Maladie. (2021). *Nomenclature Générale des Actes Professionnels (NGAP)*.
<https://www.ameli.fr/sites/default/files/Documents/717399/document/ngap-assurance-maladie-04022021.pdf>
- Audag, N., Toussaint, M., Liistro, G., Vandervelde, L., Cugy, E., & Reychler, G. (2022). European Survey : Dysphagia Management in Patients with Neuromuscular Diseases. *Dysphagia*. <https://doi.org/10.1007/s00455-021-10392-3>
- Auzou, P. (2007a). Anatomie et physiologie de la déglutition normale. *Kinésithérapie, la Revue*, 7(64), 14-18. [https://doi.org/10.1016/S1779-0123\(07\)70368-6](https://doi.org/10.1016/S1779-0123(07)70368-6)
- Auzou, P. (2007b). Contrôle neurologique de la déglutition. *Kinésithérapie, la Revue*, 7(64), 24-29. [https://doi.org/10.1016/S1779-0123\(07\)70370-4](https://doi.org/10.1016/S1779-0123(07)70370-4)
- Battu, V. (2017). Techniques de compensation : Des aides techniques au matériel d'hygiène. *Actualités pharmaceutiques*, 56(570), 57-59.
<https://doi.org/10.1016/j.actpha.2017.09.013>
- Bodineau, A., Boutelier, C., Viala, P., Laze, D., Desmarest, M., Jonneaux, L., Folliguet, M., & Trivalle, C. (2007). Importance de l'hygiène buccodentaire en gériatrie. *NPG Neurologie - Psychiatrie - Geriatrie*, 7(40), 7-14.
[https://doi.org/10.1016/S1627-4830\(07\)91443-9](https://doi.org/10.1016/S1627-4830(07)91443-9)
- Brin, F., Courrier, C., Lederlé, E., & Masy, V. (2011). Dysphagie. In *Dictionnaire d'orthophonie* (4^e éd., p. 115). Ortho Edition.
- Calis, E. A. C., Veugelers, R., Sheppard, J. J., Tibboel, D., Evenhuis, H. M., & Penning, C. (2008). Dysphagia in children with severe generalized cerebral palsy and

- intellectual disability. *Developmental Medicine & Child Neurology*, 50(8), 625-630. <https://doi.org/10.1111/j.1469-8749.2008.03047.x>
- CEDIAS-CREAH. (2014). *Les situations de handicap complexe—Besoins, attentes et modes d'accompagnement*.
- Cichero, J. A. Y., Lam, P., Steele, C. M., Hanson, B., Chen, J., Dantas, R. O., Duivesteyn, J., Kayashita, J., Lecko, C., Murray, J., Pillay, M., Riquelme, L., & Stanschus, S. (2017). Development of International Terminology and Definitions for Texture-Modified Foods and Thickened Fluids Used in Dysphagia Management: The IDDSI Framework. *Dysphagia*, 32(2), 293-314. <https://doi.org/10.1007/s00455-016-9758-y>
- Costa, A., Martin, A., Arreola, V., Riera, S. A., Pizarro, A., Carol, C., Serras, L., & Clavé, P. (2021). Assessment of Swallowing Disorders, Nutritional and Hydration Status, and Oral Hygiene in Students with Severe Neurological Disabilities Including Cerebral Palsy. *Nutrients*, 13(2413). <https://doi.org/10.3390/nu13072413>
- Crunelle, D. (2004). Les troubles de déglutition et d'alimentation de l'enfant cérébrolésé. In Fédération nationale des orthophonistes (Éd.), *Rééducation orthophonique*, ISSN 0034-222X. *Les troubles de l'oralité alimentaire chez l'enfant* (p. 83-91). Fédération nationale des orthophonistes.
- DéfiScience. (2020). *Protocole National de Diagnostic et de Soins (PNDS) Générique Polyhandicap*. https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2020-05/11_mai_2020_texte_pnds_generique_polyhandicap.pdf
- DREES, Bergeron, T., & Eideliman, J.-S. (2018). *Les personnes accueillies dans les établissements et services médico-sociaux pour enfants ou adultes handicapés*

http://www.epsilon.insee.fr/jspui/bitstream/1/79376/1/dossiers_28.pdf

DREES, Vanovermeir, S., & Bertrand, D. (2004). *Les établissements médico-sociaux pour adultes handicapés—Activité, clientèle et personnel au 31 décembre 2001* (N° 64; p. 257).

Dupuis, V. (2018). L'hygiène bucco-dentaire du sujet âgé. *Actualités pharmaceutiques*, 57(579), 41-45. <https://doi.org/10.1016/j.actpha.2018.07.009>

Forster, A., Samaras, N., Notaridis, G., Morel, P., Hua-Stolz, J., & Samaras, D. (2013). Évaluation et dépistage des troubles de la déglutition en gériatrie. *NPG Neurologie - Psychiatrie - Gériatrie*, 13, 107-116. <https://doi.org/10.1016/j.npg.2012.10.005>

Garrel-Luya, S. (2012). Quand le vieillissement se mêle au handicap : Un exemple de prise en charge en médecine générale. *Motricité Cérébrale : Réadaptation, Neurologie du Développement*, 33, 149-154. <https://doi.org/10.1016/j.motcer.2012.09.001>

Gautheron, V., Mathevon, L., Bayle, B., Boulard, C., Paricio, C., Seeman, E., & Dohin, B. (2015). Problèmes respiratoires des personnes polyhandicapées : Le point de vue du médecin de médecine physique et de réadaptation. *Motricité Cérébrale : Réadaptation, Neurologie du Développement*, 36(2), 49-53. <https://doi.org/10.1016/j.motcer.2015.03.001>

Gentil, C., Pêcheur-Peytel, G., Navarro, P., Guilhermet, Y., & Krolak-Salmon, P. (2021). Les troubles de la déglutition chez le patient âgé : Les dépister, les évaluer, les prendre en soin. *Pratique Neurologique - FMC*, 12(1), 41-50. <https://doi.org/10.1016/j.praneu.2021.02.003>

- Guatterie, M., & Lozano, V. (2008). Problématiques de l'évaluation et du traitement de la dysphagie. *Kinésithérapie, la Revue*, 75, 24-29. [https://doi.org/10.1016/S1779-0123\(08\)70056-1](https://doi.org/10.1016/S1779-0123(08)70056-1)
- Haak, P., Lenski, M., Hidecker, M. J. C., Li, M., & Paneth, N. (2009). Cerebral palsy and aging. *Developmental Medicine & Child Neurology*, 51(s4), 16-23. <https://doi.org/10.1111/j.1469-8749.2009.03428.x>
- Hadde, E. K., & Chen, J. (2021). Food texture and texture modification for dysphagia management. *Journal of texture studies*, 52(5-6), 538-539. <https://doi.org/10.1111/jtxs.12650>
- Décret n° 2009-322 du 20 mars 2009 relatif aux obligations des établissements et services accueillant ou accompagnant des personnes handicapées adultes n'ayant pu acquérir un minimum d'autonomie, 2009-322 (2009). <https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000020436314/>
- Lecerf, J., Gorts, Ga. étane, & Defontaine, G. éry. (2001). Nutrition entérale de longue durée : Notre expérience à partir des problèmes posés chez des enfants alités polyhandicapés. *Nutrition clinique et métabolisme*, 15(2), 101-107. [https://doi.org/10.1016/S0985-0562\(01\)00055-3](https://doi.org/10.1016/S0985-0562(01)00055-3)
- Leemann, B., Sergi, S., Sahinpasic, L., & Schnider, A. (2016). Détection et prise en charge d'un trouble de déglutition neurologique. *Revue médicale suisse*, 12(508), 467-471.
- Lejeune, M. (2013). La communauté de pratique : Au carrefour des notions de groupe informel et de transmission des savoirs tacites. *Psychologie du Travail et des Organisations*, 19(4), 404-419. [https://doi.org/10.1016/S1420-2530\(16\)30051-](https://doi.org/10.1016/S1420-2530(16)30051-)

- Loi n° 2005-102 du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées (1), (2005).
<https://www.legifrance.gouv.fr/loda/id/JORFTEXT000000809647/>
- Marrimpoeuy, P., Beitia-Pochulu, C., Fallourd, M., Silvie, M., & Poisson-Salomon, A.-S. (2006). Évaluation du statut nutritionnel de personnes polyhandicapées adultes vivant en institution. *Nutrition Clinique et Métabolisme*, 20, 10-16.
<https://doi.org/10.1016/j.nupar.2005.12.010>
- Ministère des solidarités et de la santé. (2018a). *Diplôme d'Etat d'éducateur spécialisé—Annexe I et II « Référentiel professionnel » et « Référentiel de formation »*.
https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/dees_arrete_ssaa1812297a_annexes_i_et_ii.pdf
- Ministère des solidarités et de la santé. (2018b). *Référentiel—Diplôme d'Etat d'accompagnant éducatif et social*.
https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/deaes_referentiel_en_ligne_mss.pdf
- Mutolo, D. (2017). Brainstem mechanisms underlying the cough reflex and its regulation. *Respiratory Physiology & Neurobiology*, 243, 60-76.
<https://doi.org/10.1016/j.resp.2017.05.008>
- Poisson, P., Laffond, T., Campos, S., Dupuis, V., & Bourdel-Marchasson, I. (2016). Relationships between oral health, dysphagia and undernutrition in hospitalised elderly patients. *Gerodontology*, 33(2), 161-168.
<https://doi.org/10.1111/ger.12123>
- Réseau Lucioles. (2014). *Troubles de l'alimentation et handicap mental sévère : Pratiques et connaissances approfondies* (p. 329). <https://www.reseau-lucioles.org/wp-content/uploads/2015/09/Troubles-alimentation-dossier.pdf>

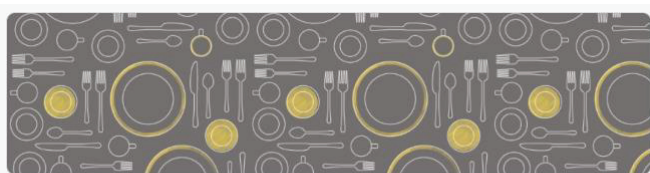
- Rofidal, T. (2017). L'alimentation de la personne polyhandicapée. In P. Camberlein, G. Ponsot, & d'éducation et de soins auprès des personnes polyhandicapées Comité d'études, *La personne polyhandicapée : La connaître, l'accompagner, la soigner* (p. 830-839). Dunod.
- Ruglio, V., Girod-Roux, M., & Acher, A. (2018). *Diagramme et descriptions détaillées de l'IDDSI - Traduction française par le groupe de travail ERU 42 LURCO*.
- Senez, C. (2020a). Evaluation, classification et traitement des dysoralités sensorielles. In *Rééducation des troubles de l'oralité et de la déglutition* (3^e éd., p. 81-96). De Boeck Supérieur.
- Senez, C. (2020b). Evaluation clinique des troubles de l'alimentation et de la déglutition chez les sujets IMC et polyhandicapés. In *Rééducation des troubles de l'oralité et de la déglutition* (3^e éd., p. 153-170). De Boeck Supérieur.
- Senez, C. (2020c). Pathologies entraînant des troubles de l'alimentation et de la déglutition. In *Rééducation des troubles de l'oralité et de la déglutition* (3^e éd., p. 39-54). De boeck-Solal.
- Senez, C. (2020d). Rééducation chez les grands enfants et adultes IMC et polyhandicapés. In *Rééducation des troubles de l'oralité et de la déglutition* (3^e éd., p. 177-190). De Boeck Supérieur.
- Senez, C., & Martinet, M. (2020). La nutrition entérale et le développement de l'oralité. In *Rééducation des troubles de l'oralité et de la déglutition* (BU Santé Rockefeller WI 250 SEN; 3^e éd., p. 119-151). De boeck-Solal.
<https://docelec.univ-lyon1.fr/login?url=https://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=cat06264a&AN=bul.510948&lang=fr&site=eds-live>

- Speyer, R., Cordier, R., Kim, J.-H., Cocks, N., Michou, E., & Wilkes-Gillan, S. (2019). Prevalence of drooling, swallowing, and feeding problems in cerebral palsy across the lifespan : A systematic review and meta-analyses. *Developmental Medicine and Child Neurology*, 61(11), 1249-1258. <https://doi.org/10.1111/dmcn.14316>
- Straathof, E. J. M., Heineman, K. R., Hamer, E. G., & Hadders-Algra, M. (2021). Patterns of atypical muscle tone in the general infant population—Prevalence and associations with perinatal risk and neurodevelopmental status. *Early human development*, 152(105276). <https://doi.org/10.1016/j.earlhumdev.2020.105276>
- Tison, L. (2020). *Conception d'un outil pour les professionnels accompagnant le repas de jeunes en situation de polyhandicap: La Fiche Repas* [Mémoire d'orthophonie].
- van Timmeren, E. A., van der Schans, C. P., van der Putten, A. A., Krijnen, W. P., Steenbergen, H. A., van Schrojenstein Lantman-de Valk, H. M. J., & Waninge, A. (2017). Physical health issues in adults with severe or profound intellectual and motor disabilities : A systematic review of cross-sectional studies. *Journal of Intellectual Disability Research*, 61, 30-49.

VII ANNEXES

Annexe A : Questionnaire diffusé en ligne (captures d'écran)	1
Annexe B : Livret d'Accompagnement à l'Alimentation.....	10

Annexe A : Questionnaire diffusé en ligne (captures d'écran)



Accompagnement à l'alimentation
de l'adulte en situation de handicap
complexe - Questionnaire à
destination de tous les
professionnels de FAM, MAS, SAJ
accompagnant les temps de repas.

Notice d'information

Etudiante en 5ème année d'orthophonie à Lyon, je réalise mon mémoire de fin d'études sur l'élaboration d'un livret à destination de tous les professionnels accompagnant le repas des adultes en situation de handicap complexe vivant en FAM, MAS et SAJ.

Ce questionnaire a pour but de connaître le besoin des professionnels de terrain en termes d'accompagnement à l'alimentation afin d'élaborer un livret le plus adapté possible. Il est anonyme et vous prendra au maximum une quinzaine de minutes.

NOTICE D'INFORMATION :

Directeur du mémoire et structure :

- Céline COURBIERE (IMP Judith Surgot)
- Estelle BRATSCHI (FAM les Jardins de Meyzieu)

Contact du directeur de mémoire :

- celinecourbiere@yahoo.fr
- estelle.bratschi@laposte.net

Etudiante : Antonine FOREST, étudiante en Master 2 Département d'Orthophonie – Institut des Sciences et Techniques de Réadaptation, Université Claude Bernard Lyon 1.

Contact de l'étudiante : 06.82.69.79.14 / antonine.forest@etu.univ-lyon1.fr

Contact Responsable Mémoire au département d'orthophonie (ISTR): memoire.orthophonie@univ-lyon1.fr

Madame, Monsieur,

Nous vous proposons de participer de façon volontaire à un recueil de données sur l'accompagnement à l'alimentation dont bénéficient les adultes en situation de handicap complexe vivant en FAM et MAS. Vous êtes libre d'accepter ou de refuser de participer à ce recueil de données. Si vous acceptez, vous pouvez décider à tout moment d'arrêter votre participation sans donner de justification et sans conséquence particulière.

Vous pourrez prendre le temps pour lire et comprendre toutes les informations présentées ici, réfléchir à votre participation, et poser toute question éventuelle au responsable de l'étude (Le Directeur de Mémoire) ou à la personne réalisant le recueil de donnée (l'étudiant).

But de l'étude : Cette étude a pour but créer un livret à destination de tous les professionnels de FAM, MAS et SAJ accompagnant les résidents sur les temps d'alimentation, afin que l'aide apportée soit optimale.

Déroulement de l'étude et méthode :

Après avoir reçu les données du questionnaire diffusé par internet, une analyse des besoins des professionnels de terrain sera faite afin de créer un livret d'accompagnement à l'alimentation.

Frais : Votre collaboration à ce recueil de données n'entraînera pas de participation financière de votre part.

Législation – Confidentialité :

Toute donnée vous concernant sera traitée de façon confidentielle. Elles seront codées sans mention de votre nom et prénom.

La publication des résultats ne comportera aucun résultat individuel.

Les données recueillies peuvent faire l'objet d'un traitement informatisé. Selon la Loi « Informatique et Liberté » (loi n°78-17 du 6 janvier 1978 modifiée), vous bénéficiez à tout moment du droit d'accès, de rectification et de retrait des données vous concernant auprès du responsable de l'étude (le Directeur du Mémoire). La collecte et le traitement de données identifiantes ou susceptibles d'être identifiantes s'effectuent dans le respect des normes en vigueur relatives à la protection des données personnelles, notamment les dispositions du règlement (UE) 2016/679 du 27 avril 2016 (« RGPD ») et de la loi n°78-17 du 6 janvier 1978 (loi dite « Informatique et Libertés »).

Vous pouvez formuler la demande d'être informé des résultats globaux de ce mémoire. Aucun résultat individuel ne pourra être communiqué.

Bénéfices potentiels : La finalité de ce questionnaire est de faire émerger des résultats montrant les besoins des professionnels de FAM, MAS et SAJ en vue de l'amélioration de l'accompagnement à l'alimentation des adultes en situation de handicap complexe.

Risques potentiels : Le recueil de données ne présente aucun risque sérieux prévisible pour les personnes qui s'y prêteront.

Nous vous remercions pour la lecture de cette notice d'information !

[Suivant](#)

[Effacer le formulaire](#)

Renseignements généraux

Dans quel établissement médico-social exercez-vous ? *

- FAM
- MAS
- SAJ

Dans quelle département exercez-vous ? *

Sélectionner ▼

Depuis combien de temps exercez-vous dans l'établissement où vous êtes actuellement ? *

Votre réponse _____

Quelle est votre profession ? *

- Infirmier(e)
- AES
- Maître(sse) de maison
- Moniteur(rice) éducateur(rice)
- Chef cuisinier ou membre de l'équipe de cuisine
- Aide-soignant(e)
- Educateur(rice) spécialisé(e)
- Autre : _____

Retour

Suivant

Effacer le formulaire

Cours sur la déglutition

Est-ce que vous avez reçu des cours sur la déglutition lors de vos études ? *

- Oui
- Non

Précisions cours sur la déglutition

A quel volume horaire estimez-vous les cours sur la déglutition dont vous avez bénéficié ? *

- Entre 0h et 4h
- Entre 4h et 8h
- Plus de 8h

Est-ce que vous pourriez citer les grandes notions relatives à la déglutition évoquées lors de vos études ?

Votre réponse _____

Formation sur la déglutition

Est-ce que vous avez suivi une formation concernant la déglutition durant votre vie professionnelle? *

- Oui
- Non

Précisions sur la formation déglutition

Est-ce que vous pourriez préciser le volume horaire de cette formation professionnelle ? *

Votre réponse _____

Quelles ont été les notions abordées lors de cette formation professionnelle ? *

- Fausses routes
- Trouble de la déglutition
- Trouble de l'oralité alimentaire
- Reflux Gastro-Oesophagien
- Alimentation entérale / Gastrostomie
- Adaptation des textures
- Adaptation de l'installation
- Autre : _____

Cours textures

Est-ce que vous avez reçu des cours sur les différentes textures durant vos études ? *

- Oui
- Non

Contenu cours textures

Pourriez-vous décrire le contenu de ces cours ?

Votre réponse

Formation textures

Est-ce que vous avez suivi une formation après vos études concernant les différentes textures ? *

- Oui
- Non

Précision sur la formation textures

Quelle était le volume horaire de cette formation ? *

Votre réponse

Est-ce que vous pourriez préciser les notions abordées lors de cette formation ?

Votre réponse

Nutrition entérale

Dans votre établissement, est-ce que certains résidents sont alimentés par sonde de gastrostomie ? *

- Oui
- Non
- Je ne sais pas

Précisions nutrition entérale

Les résidents alimentés par sonde sont-ils présents durant les temps de repas avec les autres résidents ? *

- Toujours
- Souvent
- Rarement
- Jamais

Les résidents alimentés par sonde ont-ils l'occasion de bénéficier d'une alimentation plaisir par voie orale ? *

- Tous
- La plupart
- Quelques uns
- Aucun

Fréquence de l'alimentation plaisir

A quelle fréquence les résidents alimentés par sonde ont-ils l'occasion de bénéficier d'une alimentation plaisir par voie orale ? *

- Toujours
- Souvent
- Rarement

Orthophoniste

Est-ce qu'un(e) orthophoniste est présent(e) sur votre lieu d'exercice ? *

- Oui, salarié(e) à temps partiel
- Oui, salarié(e) à temps plein
- Oui, un(e) orthophoniste libéral(e) intervient pour 1/2/3 résidents
- Oui, un(e) orthophoniste libéral(e) intervient pour de nombreux résidents
- Non
- Je ne sais pas

Accompagnement aux repas

Est-ce qu'il vous arrive d'accompagner les résidents sur les temps de repas ? *

- Oui
- Non

Installation lors des repas

Lors des temps de repas, comment êtes-vous installé ? *

- Debout, à côté du résident
- Debout, en face du résident
- Assis, à côté du résident
- Assis, en face du résident
- Autre : _____

Lors des temps de repas, comment sont installés les résidents ? (Plusieurs réponses possibles) *

- Sur une chaise normale
- Sur une chaise adaptée
- Dans leur fauteuil roulant
- Dans leur fauteuil roulant avec une installation particulière pour le repas
- Autre : _____

Accompagnement à la prise de médicaments

Est-ce qu'il vous arrive de donner des médicaments aux résidents ? *

- Oui
- Non

Installation prise de médicaments

Lors des temps de prise de médicaments au lit, comment est installé le résident ? *

- Allongé
- En position semi-allongée, tête de lit relevée
- Tête maintenue par le professionnel
- Assis

Sentiments face à l'alimentation et livret

Est-ce que vous vous sentez à l'aise sur les temps d'accompagnement à l'alimentation ? *

- Pas du tout à l'aise avec la plupart des résidents
- Plutôt pas à l'aise avec la plupart des résidents
- Plutôt à l'aise avec la plupart des résidents
- Tout à fait à l'aise avec la plupart des résidents
- Non concerné (Je n'accompagne jamais les résidents sur les temps d'alimentation)

Est-ce que vous vous sentez à l'aise sur les temps d'accompagnement à l'hydratation ? *

- Pas du tout à l'aise avec la plupart des résidents
- Plutôt pas à l'aise avec la plupart des résidents
- Plutôt à l'aise avec la plupart des résidents
- Tout à fait à l'aise avec la plupart des résidents
- Non concerné (Je n'accompagne jamais les résidents sur les temps d'hydratation)

Est-ce que vous vous sentez à l'aise sur les temps d'accompagnement à la prise de médicaments ? *

- Pas du tout à l'aise avec la plupart des résidents
- Plutôt pas à l'aise avec la plupart des résidents
- Plutôt à l'aise avec la plupart des résidents
- Tout à fait à l'aise avec la plupart des résidents
- Non concerné (Je n'accompagne jamais les résidents lors de la prise de médicaments)

Est-ce que vous vous sentez suffisamment formé pour accompagner les résidents lors des temps de repas ? *

- Pas du tout formé
- Plutôt pas formé
- Plutôt formé
- Tout à fait formé
- Non concerné (Je n'accompagne jamais les résidents sur les temps de repas)

Est-ce que vous vous sentez suffisamment formé pour accompagner les résidents lors des temps d'hydratation ? *

- Pas du tout formé
 - Plutôt pas formé
 - Plutôt formé
 - Tout à fait formé
 - Non concerné (Je n'accompagne jamais les résidents sur les temps d'hydratation)
-

Est-ce que vous vous sentez suffisamment formé pour accompagner les résidents lors des temps de prise de médicaments ? *

- Pas du tout formé
- Plutôt pas formé
- Plutôt formé
- Tout à fait formé
- Non concerné (Je n'accompagne jamais les résidents lors de la prise de médicaments)

Est-ce que vous seriez intéressé par l'idée d'avoir un livret destiné à l'ensemble du personnel pour accompagner au mieux les résidents dans leur alimentation, de la préparation en cuisine jusqu'au moment du repas ? *

- Pas du tout intéressé
- Plutôt pas intéressé
- Plutôt intéressé
- Tout à fait intéressé

Contenu du livret

Quel contenu souhaiteriez-vous trouver dans le livret ?

Votre réponse

Non intérêt face au livret

Est-ce que vous pourriez expliquer pourquoi vous n'êtes pas intéressé par un livret ?

Votre réponse

Annexe B : Livret d'Accompagnement à l'Alimentation (LAA)

Afin de conserver le travail de présentation effectué sur le LAA, il a été décidé de ne pas suivre la pagination du présent mémoire. Cela permet également de faciliter l'impression pour les personnes désireuses de l'avoir en version papier.

Ainsi, le Livret débute sur la page suivante.



LIVRET D'ACCOMPAGNEMENT À L'ALIMENTATION

À DESTINATION DES PROFESSIONNELS
TRAVAILLANT DANS LES ÉTABLISSEMENTS
ET SERVICES MÉDICO-SOCIAUX.

écrit par Antonine FOREST

Illustrations : Léa AUFRAND
Mise en page : Léa EGRON

*Le LAA est le fruit d'un mémoire de fin d'études
d'orthophonie encadré et relu par Estelle Bratschi
et Céline Courbière (orthophonistes).*

FOREST
(CC BY-NC-ND 2.0)



SOMMAIRE

p.3	Introduction
p.4	01. Troubles de la déglutition et de l'oralité : qu'est-ce que c'est ?
p.5	A. LA DÉGLUTITION 1. La déglutition normale 2. Le trouble de la déglutition
p.8	B. SAVOIR REPÉRER LES FAUSSES ROUTES 1. Qu'est-ce qu'une fausse route ? 2. Pourquoi repérer les fausses routes ? 3. Quels en sont les signes ? 4. Comment réagir face aux fausses routes ?
p.10	C. L'ORALITÉ 1. Qu'est-ce qu'un trouble de l'oralité alimentaire ? 2. Pourquoi repérer le trouble de l'oralité alimentaire ? 3. Quels en sont les signes ? 4. Comment agir face à un trouble de l'oralité alimentaire ?
p.12	02. Conseils généraux : faciliter la prise alimentaire et assurer la sécurité pulmonaire
p.13	A. ENVIRONNEMENT LORS DU REPAS
p.13	B. INSTALLATION ET GESTES FACILITANT LA PRISE ALIMENTAIRE
p.16	C. HORS DU REPAS : IMPORTANCE DE L'HYGIÈNE BUCCO-DENTAIRE
p.17	03. S'adapter aux besoins de chacun
p.18	A. L'ADAPTATION DES TEXTURES POUR RÉDUIRE LES FAUSSES ROUTES 1. Pourquoi adapter les textures ? 2. Les différents types de textures - Basés sur l'IDDSI
p.20	
p.23	B. LES TEXTURES QUI PEUVENT ÊTRE DIFFICILES 1. L'alimentation entérale : qu'est-ce-que c'est ? 2. Nutrition entérale : nutrition orale interdite ?
	C. LA NUTRITION ENTÉRALE ET L'ALIMENTATION ORALE : INCOMPATIBLES ?
p.23	Bibliographie

INTRODUCTION

Ce livret d'accompagnement à l'alimentation est à destination de vous tous, professionnels travaillant en Établissements et Services Médico-Sociaux, et accompagnant des personnes en situation de handicap complexe lors des temps de repas. Il est issu d'un mémoire de fin d'études en orthophonie. Les temps d'alimentation représentent environ 3 heures d'une journée en institution. Il est alors important de permettre que ces moments soient aussi sereins que possible, tant pour le professionnel que pour le résident, malgré le manque d'orthophonistes auprès de cette population.

Le livret vise à vous permettre de mieux repérer les troubles de la déglutition et de l'oralité alimentaire des résidents, afin d'orienter vers des orthophonistes si cela est possible, mais également d'adapter votre accompagnement au moment des repas. Le but est de permettre une alimentation la plus sécurisée et la plus agréable possible. Pour cela, vous trouverez des conseils pouvant bénéficier à tous les résidents mais aussi des conseils plus ciblés.

01

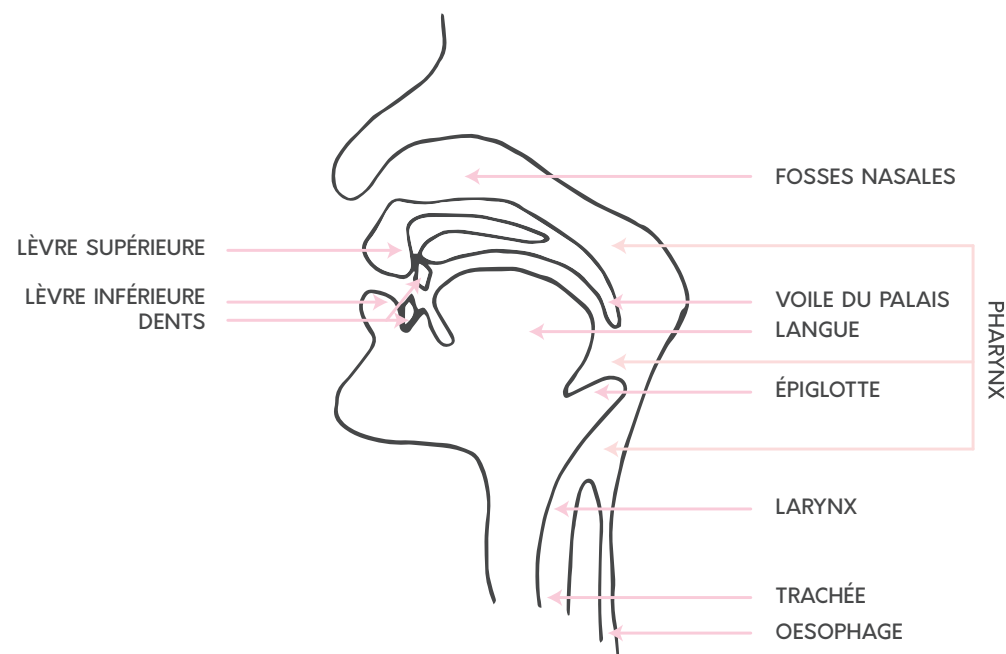
TROUBLES DE LA DÉGLUTITION ET DE L'ORALITÉ : QU'EST-CE QUE C'EST ?

A. LA DÉGLUTITION

1. La déglutition normale

La déglutition permet d'avalier la salive, les aliments et les boissons et de les amener vers l'estomac en protégeant les voies respiratoires.

De nombreuses parties du corps sont impliquées dans la déglutition, comme le montre le schéma ci-dessous.



La déglutition nécessite un contrôle nerveux efficient tant au niveau musculaire que de la sensibilité. Elle se fait en différentes étapes :

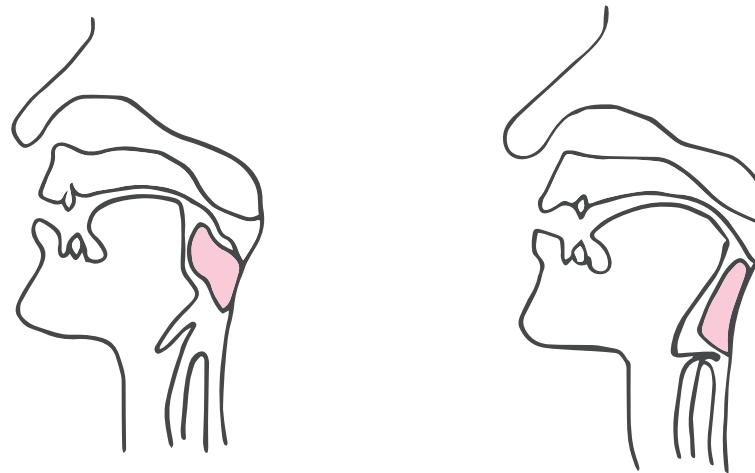
1. Le temps oral



Il s'agit de mettre l'aliment en bouche, le mâcher et d'en faire **un tout homogène, appelé bol alimentaire**, grâce à la salive. Ce temps est long puisque nous effectuons de 15 à 35 coups de mâchoire à chaque bouchée.

La langue propulse ensuite le bol au fond de la bouche ce qui **déclenche le réflexe de déglutition**.

2. Le temps pharyngé



Il est complexe et nécessite **plusieurs actions coordonnées** qui vont permettre aux aliments de prendre la bonne route, celle menant vers l'estomac. Celui-ci se déroule en moins d'une seconde.

Ainsi :

Le palais mou s'élève et empêche les aliments de passer par le nez
Le larynx s'élève et se verrouille en différents endroits pour empêcher les aliments de passer dans la trachée et les poumons.

3. Le temps oesophagien



Les aliments **entrent dans l'œsophage** par le sphincter supérieur, descendent et sortent 8 à 20 secondes plus tard par ouverture du sphincter inférieur : **ils arrivent enfin dans l'estomac**.

2. Le trouble de la déglutition

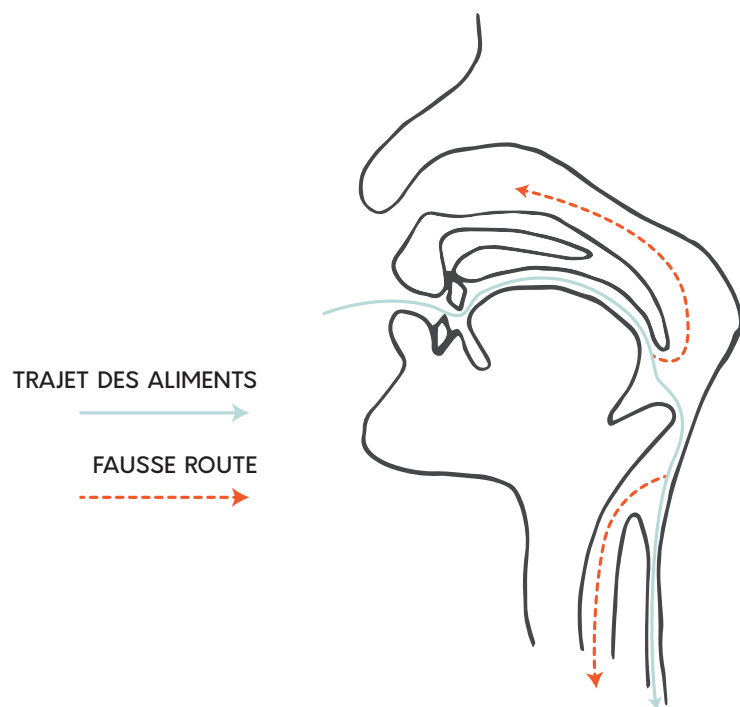
Le trouble de la déglutition peut affecter n'importe quelle étape. Il peut résulter d'une malformation anatomique, d'un mauvais contrôle des muscles mis en jeu ou encore d'un problème de sensibilité.

Or, vous savez déjà que les résidents près desquels vous travaillez présentent des troubles moteurs et de la sensibilité que vous voyez sur tout leur corps. Ces troubles sont aussi présents au niveau de la bouche et de toutes les structures impliquées dans la déglutition. **Le principal signe du trouble de la déglutition est la fausse route.** Vous allez apprendre à la repérer dans la suite du livret.

B. SAVOIR REPÉRER LES FAUSSES ROUTES

1. Qu'est-ce qu'une fausse route ?

La fausse route est un signe fortement évocateur d'un trouble de la déglutition. Elle est caractérisée par le **passage d'un aliment, d'un liquide ou de la salive dans les voies respiratoires.**



2. Pourquoi repérer les fausses routes ?

Elles peuvent avoir des conséquences graves :

- perte du plaisir de manger par anxiété
- insuffisance des apports nutritionnels entraînant dénutrition et déshydratation
- pneumopathies d'inhalation à répétition pouvant parfois conduire au décès
- obstruction totale des voies respiratoires (qui est une urgence immédiate)

3. Quels en sont les signes ?

Les signes sont nombreux, évidents ou non.

Vous pouvez suspecter une fausse route :

Au cours du repas	- Toux	En dehors du repas / Contexte	
	- Sensation de blocage, gêne pendant la déglutition		- Toux
	- Déglutitions multiples		- Pneumopathies
	- Voix modifiée ("mouillée")		- Bronchites chroniques
	- Aliments ou liquides qui sortent par le nez		- Refus alimentaires
- Longueur du temps de repas	- Amaigrissement inexplicable		
- Changement de couleur du teint pendant ou après le repas			

Point de vigilance : la toux

La toux est un **signe manifeste de fausse route**. Elle apparaît par réflexe quand un aliment, de la salive ou un liquide pénètre dans les voies respiratoires afin d'évacuer le corps étranger. C'est donc un réflexe de protection des voies aériennes.

Mais **deux points de vigilance** sont à garder en tête :

- **La toux peut être partiellement efficace.** Alors, des particules alimentaires, liquides ou de salive peuvent rester dans les poumons et provoquer des infections.
- **Une absence de toux ne signifie pas une absence de fausses routes !** Le réflexe de toux peut être absent. On parle alors de **fausses routes silencieuses**.

N'oubliez pas que n'importe qui tousse dès lors qu'il avale mal. La toux est donc un signe d'une fausse route, mais quand elle est efficace, c'est un réflexe rassurant : l'adulte qui tousse souvent mais qui maintient son poids et ne présente pas de pneumopathies a réussi à protéger ses voies aériennes. Restez donc alertes sur tous les signes de trouble de la déglutition et pas uniquement focalisés sur la toux.

4. Comment réagir face aux fausses routes ?

- **Se former aux gestes de premiers secours.** Cette formation permet de savoir réagir en cas d'urgence, selon que l'obstruction des voies respiratoires est totale ou partielle.
 - **Orienter vers un orthophoniste.** Il établira un bilan des compétences du résident et proposera au besoin une rééducation ou des préconisations d'adaptation des textures et/ou des postures.
 - **Orienter vers un ergothérapeute.** Son rôle sera de trouver les meilleures adaptations pour le résident en termes d'installation et d'aides techniques.
- Vous trouverez également des éléments de réponse dans la suite du livret.

C. L'ORALITÉ

1. Qu'est-ce qu'un trouble de l'oralité alimentaire ?

La notion d'oralité désigne tout ce qui fait appel à la bouche : la communication, le langage, mais aussi l'alimentation. L'alimentation peut être entravée par des troubles de la déglutition, mais également par des troubles sensoriels. Ici, le trouble de l'oralité alimentaire renvoie à **la difficulté de s'alimenter en raison de particularités sensorielles**, c'est pourquoi il est parfois appelé "dysoralité d'origine sensorielle".

2. Pourquoi repérer le trouble de l'oralité alimentaire ?

Le trouble de l'oralité alimentaire est un obstacle majeur à la prise alimentaire. La personne qui en souffre mangeant peu, **elle risque une dénutrition**. De plus, **elle perd toute notion de plaisir à s'alimenter**, le repas étant pourtant normalement un temps social et de plaisir. Le repérer permet donc d'éviter les comportements entretenant l'évitement et le déplaisir.

3. Quels sont les signes d'un trouble de l'oralité alimentaire ?

Les manifestations d'un trouble de l'oralité alimentaire d'origine sensorielle sont diverses mais vont toutes dans le sens d'un **petit appétit et d'une absence de plaisir à manger**. Il existe fréquemment une **hypersensibilité** que vous pouvez repérer par l'observation des signes suivants :

- Petit appétit
- Appréhension voire refus de goûter de nouveaux aliments qui se traduit par des mimiques de dégoût ou un refus d'ouvrir la bouche
- Goûts alimentaires très sélectifs
- Haut-le-coeur (réflexe nauséeux) face à certains aliments

La gêne face à un aliment peut être due à son goût, son odeur mais aussi sa texture ou sa température puisque la langue est un organe du toucher.

4. Comment agir face à un trouble de l'oralité alimentaire ?

ORIENTER VERS UN ORTHOPHONISTE POUR QU'UN BILAN COMPLET SOIT EFFECTUÉ.

Si le trouble est avéré, il proposera un protocole de désensibilisation. C'est un ensemble de massages sur le visage et dans la bouche qui vise une meilleure tolérance des différents aliments grâce à une stimulation répétée et progressive.

À savoir !

Ce protocole est contraignant puisqu'il doit être fait plusieurs fois par jour, tous les jours, pendant 7 mois. Mais, rassurez-vous : les massages sont à la portée de tous, et ne durent que quelques petites minutes. Et puis, on note de bons résultats même chez les adultes pour qui le trouble existe depuis longtemps !

NE PAS FORCER À MANGER.

Le trouble de l'oralité provient parfois des expériences buccales négatives subies à la naissance ou au cours de la vie (sonde et soins associés). Le forçage alimentaire, en plus des **tensions** qu'il entraîne entre le résident et la personne qui le nourrit, **entretient les expériences sensorielles négatives et donc le trouble de l'oralité**. Si le résident mange peu, il est plutôt conseillé d'enrichir son alimentation en prenant conseil auprès d'un.e diététicien.ne afin de connaître les apports énergétiques nécessaires.

PROPOSER DES EXPÉRIENCES SENSORIELLES autour de l'alimentation sans obligation de manger comme des ateliers cuisine durant lesquels on peut toucher, voir et sentir les aliments.

Le rôle de l'orthophoniste est donc d'accompagner toute personne présentant un trouble de la déglutition ou de l'oralité alimentaire :

- d'abord en effectuant un bilan mettant en avant les difficultés et capacités de la personne
- puis en proposant une rééducation dont les objectifs sont choisis en fonction du bilan
- mais aussi en proposant des pistes d'adaptation à vous, professionnels de terrain, afin de permettre confort et sécurité sur les temps de repas, pour vous et pour le résident.

Vous savez repérer les signes de troubles de la déglutition et de l'oralité alimentaire : n'hésitez pas à solliciter des orthophonistes dès que ces signes vous alertent.

02

CONSEILS GÉNÉRAUX : FACILITER LA PRISE ALIMENTAIRE ET ASSURER LA SÉCURITÉ PULMONAIRE

Les conseils que vous trouverez dans cette rubrique peuvent s'appliquer à tous les résidents. Ils ont pour but de limiter le risque de fausses routes ou d'infection pulmonaire tout en favorisant un environnement de repas agréable pour tous.

A. ENVIRONNEMENT LORS DU REPAS

L'environnement doit être **calme**, et ce pour 2 raisons principales :

Certains résidents présentent des particularités sensorielles comme **une hypersensibilité aux bruits**. Alors, pour que le repas soit un moment agréable pour eux, il est préférable d'avoir, dans la mesure du possible, un environnement calme.

La déglutition est un acte complexe qui nécessite une concentration accrue pour les résidents présentant des troubles moteurs et de la sensibilité que vous accompagnez. C'est pourquoi il est préférable de ne pas trop discuter avec eux pour leur permettre de se concentrer sur leur prise alimentaire.

Rassurez-vous : le début du repas est le moment le plus important, celui où la majorité de la quantité alimentaire sera prise. Ainsi, vous pourrez dans un second temps ramener une ambiance plus conviviale.

B. INSTALLATION ET GESTES AIDANT LA PRISE ALIMENTAIRE

L'installation doit être personnalisée et peut être réfléchie avec l'ergothérapeute et/ou le kinésithérapeute. Cependant, vous pouvez dès à présent prêter attention à des points essentiels et communs pour tous les résidents présentant un trouble de la déglutition.

L'installation du résident doit permettre une tête en flexion, c'est-à-dire que **le menton doit être rentré en direction du cou**.* Ceci facilite la fermeture de la bouche et donc toute la phase orale de la déglutition*, prévenant ainsi l'apparition de fausses routes. Si l'appui-tête ne permet pas d'avoir une flexion optimale, il est possible de poser des serviettes éponges sous la tête du résident.

** Cela permet la réduction de la distance entre le menton et la colonne cervicale.*

Tête en hyper-extension
(à éviter)

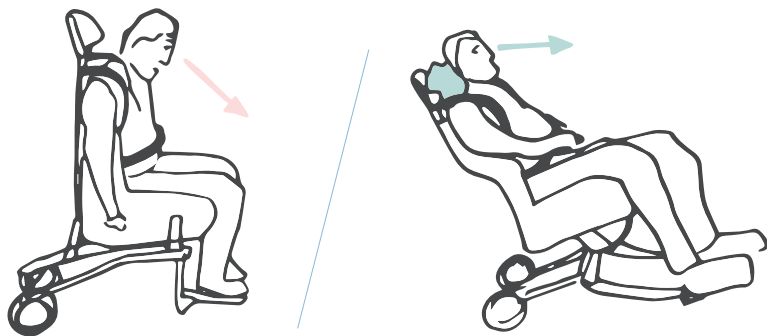


Tête en flexion
(à rechercher)



Par ailleurs, pour les résidents présentant des troubles du tonus global, **il est possible d'incliner le fauteuil en arrière pour qu'ils ne soient plus soumis à la pesanteur** et puissent alors concentrer leurs efforts sur l'alimentation. Il faudra alors veiller à maintenir **la tête en flexion et le regard à l'horizontal** pour que la position soit sécurisée.

Installation au fauteuil sans installation particulière :
soumission à la pesanteur (à éviter)



Installation au fauteuil en position anti-gravitaire avec regard horizontal : permet une concentration uniquement sur l'alimentation (à rechercher)

Votre installation en tant qu'accompagnant doit être confortable. Elle est importante puisqu'elle vise à permettre le maintien de la tête du résident en flexion.

Pour cela :

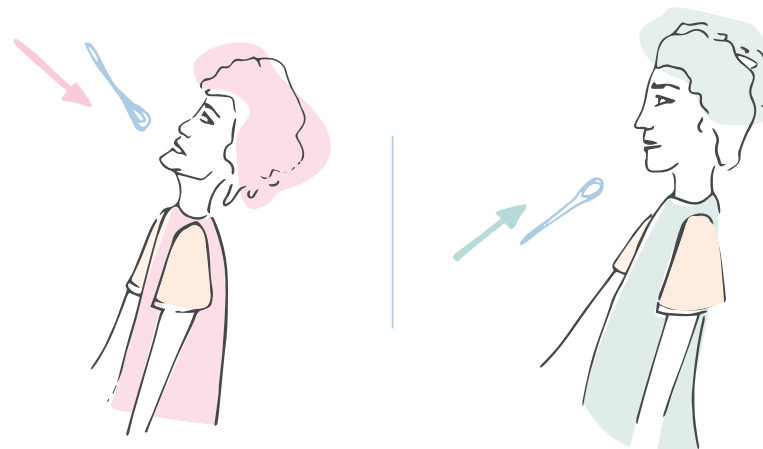
Préférez un **tabouret à roulettes et réglable** pour changer la hauteur en fonction de votre taille mais aussi de la taille du résident et de son fauteuil. Vous pouvez vous installer un peu en dessous de lui.

Mettez vous **en face du résident ou de trois quarts** pour éviter qu'il n'ait à tourner la tête.

Enfin, **amenez la cuillère par le bas**. Lorsqu'elle est dans la bouche, vous pouvez appuyer sur la langue. Cette technique permet d'améliorer toute la première phase de la déglutition.

Cuillère amenée par le haut, tête en hyperextension = risque de fausse route (à éviter)

Cuillère amenée par le bas, tête maintenue en flexion = limite le risque de fausse route (à rechercher)



L'hydratation :

Pour les adultes qui peuvent boire au verre, préférez l'utilisation d'un **verre à encoche nasale** qui permet le maintien de la tête en bonne posture.

De plus, **posez le rebord du verre sur la lèvre inférieure et faites entrer le liquide en contact avec celle-ci** : l'adulte déclenchera alors une aspiration et sera actif dans son hydratation.

Vous pouvez également **maintenir le menton** du résident pour aider à la fermeture de sa bouche avec la main qui tient le verre et mettre l'autre main sur sa tête pour maintenir la bonne posture.

L'installation pour la prise de médicaments au lit respecte les mêmes principes. Pensez donc à **relever le haut du lit** et, si la flexion de la tête du résident est insuffisante, aidez-la avec votre main derrière sa tête.

C. HORS DU REPAS, IMPORTANCE DE L'HYGIÈNE BUCCO-DENTAIRE

Une bonne hygiène bucco-dentaire est très importante pour diverses raisons :

- Elle **prévient l'apparition de caries ou d'infections des gencives**. Or, les caries ou infections des gencives entraînent des douleurs qui, quand elles ne peuvent être exprimées, peuvent conduire à des comportements agressifs. En parallèle, elles **freinent l'alimentation**. Enfin, les caries et infections des gencives peuvent également conduire à la **perte des dents**, entravant alors la mastication et donc l'alimentation.
- En cas de fausses routes, les **risques de pneumopathies d'inhalation seront considérablement réduits**. Il s'agit d'infections pulmonaires dues à l'aspiration de particules durant le repas ou après, par exemple pendant la nuit chez la personne dysphagique. Une bonne hygiène bucco-dentaire permet de réduire la présence de bactéries dans la bouche et qui pourraient être aspirées dans les poumons en cas de fausses routes.
- Elle contribue à une **meilleure estime de soi et au bien-être**, en permettant de limiter les douleurs, l'édentement et la mauvaise haleine.

Pour une meilleure hygiène bucco-dentaire, préférez l'utilisation d'une **brosse à dents souple à changer tous les deux mois**. N'oubliez pas, pour les personnes portant des prothèses ("dentiers"), de les nettoyer également, sans quoi les bactéries présentes sur celles-ci coloniseraient la bouche dans son ensemble.

Point particulier : le Reflux Gastro-Oesophagien (RGO) :

Certains résidents que vous accompagnez peuvent présenter un RGO : **une partie du contenu de l'estomac (liquide gastrique) remonte dans l'œsophage et le pharynx**. Il peut se manifester par :

- des signes digestifs : nausées, régurgitations...
- des signes ORL : toux chronique, changement de voix (= dysphonie), rhinites, otites à répétition...
- des signes respiratoires : bronchites, asthme...
- des signes généraux d'inconfort ou de douleur après les repas, pouvant entraîner le refus de s'alimenter...

En plus du traitement médicamenteux que certains d'entre eux doivent prendre, veillez à **desserrer après le repas tout ce qui appuie sur le ventre** (les éventuelles sangles et ceintures abdominales), et à **ne pas les allonger durant l'heure suivant le repas**. La nutrition entérale n'empêche pas le RGO, soyez donc attentifs à tous les résidents, quel que soit le type d'alimentation.

03

S'ADAPTER AUX BESOINS DE CHACUN

En fonction du bilan orthophonique réalisé et du résident, plusieurs leviers existent pour améliorer l'alimentation.

A. L'ADAPTATION DES TEXTURES POUR RÉDUIRE LES FAUSSES ROUTES

1. Pourquoi adapter les textures ?

Adapter les textures aux capacités motrices, particularités anatomiques et à la sensibilité d'une personne dysphagique permet de **réduire l'incidence des fausses routes**. Par exemple, en épaississant les liquides, on laisse plus de temps au réflexe de déglutition de se déclencher si celui-ci est souvent retardé. Si la mastication est empêchée, quelle qu'en soit la raison (trouble de l'oralité alimentaire, dents qui manquent, mâchoire qui bouge peu...), on peut mixer ou hacher finement les aliments. Quand le contrôle de la langue est insuffisant, on évitera les textures dites "dispersibles", c'est-à-dire difficiles à rassembler en un tout homogène comme la semoule.

Chaque proposition d'adaptation des textures est réfléchiée par l'orthophoniste après un bilan complet.

2. Les différents types de textures - Basés sur l'IDDSI

L'IDDSI (International Dysphagia Diet Standardisation Initiative) est une convention que de plus en plus d'orthophonistes utilisent. Les exemples donnés vous permettront d'adapter la texture proposée au résident en fonction de ses capacités.

GRADE

	NOM DE LA TEXTURE	DESCRIPTION	EXEMPLE
0	LIQUIDE	S'écoule comme de l'eau	Eau, eau avec du sirop
1	TRÈS LÉGÈREMENT ÉPAIS	Plus épais que l'eau, s'écoule à travers une paille, une seringue ou une tétine.	Préparation anti-reflux pour nourrissons, nectar de fruits
2	LÉGÈREMENT ÉPAIS	Peut être bu au verre en s'écoulant plus lentement qu'une texture liquide.	Miel liquide

3	MODÉRÉMENT ÉPAIS	Peut être bu au verre, ou consommé à la cuillère. Texture lisse, sans petits morceaux, sans grumeaux...	Purée de fruits liquides, sauces et coulis, coulis de fruits, crème dessert type Danette
4	MIXÉ TRÈS ÉPAIS	Peut être consommé à la cuillère ou à la fourchette. Ne nécessite pas de mastication. Le liquide et le solide ne se séparent pas.	Purées sans grumeaux : viande mixée, céréales épaisses
5	FINEMENT HACHÉ ET LUBRIFIÉ	Peut être consommé à la fourchette ou à la cuillère. Tendre et lubrifié sans liquide séparé. Petits grumeaux visibles qui s'écrasent avec la langue et de longueur maximale de 15mm et largeur maximale de 4mm	Viande, poisson, fruits, légumes : finement hachés et servis en sauce et sans liquide résiduel. Céréales épaisses et lisses, texture complètement tendre. Le lait ou autre liquide ne doit pas se séparer des céréales (servir égouttées) Riz, semoule, quinoa... : non collants ni gluants. Ne doivent pas se fragmenter en grains individuels. Servir avec du coulis en enlevant l'excès de liquide.
6	PETITS MORCEAUX TENDRES	Peut être consommé à la fourchette ou à la cuillère. Couteau non-nécessaire pour couper cet aliment. Tendre et lubrifié mais sans liquide séparé.	Tous les aliments sont cuits, tendres, et servis sans fibres et sans liquide excessif. Les morceaux sont des cubes de 1,5 cm maximum.
7	FACILE À MASTIQUER	Aliments normaux mais de texture tendre.	Sont exclus : les morceaux durs, fibreux, filandreux, membranes et peaux, os et arêtes.
7	NORMAL	Aucune restriction de texture à ce niveau.	

Pour plus de renseignements :

https://www.iddsi.org/IDDSI/media/images/Translations/IDDSI_Diagramme-descr_2-0_2021_FrEurope_ok.pdf

B. LES TEXTURES QUI PEUVENT ÊTRE DIFFICILES

Vous trouverez ici les **catégories d'aliments qui peuvent être difficiles en cas de trouble de la déglutition**. Seul un exemple est donné pour chaque catégorie : la liste des aliments les plus difficiles n'est donc **pas exhaustive**.



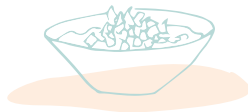
ALIMENTS FIBREUX OU CORIACES
ANANAS / STEAK

ALIMENTS DURS ET SECS
NOISETTES



ALIMENTS CAOUTCHOUTEUX
CERTAINS FROMAGES

ALIMENTS EFFILÉS OU POINTUS
CHIPS TRIANGULAIRES



ALIMENTS CROUSTILLANTS
CÉRÉALES SÈCHES TYPE CORN-FLAKES

ALIMENTS FRIABLES
BISCUITS

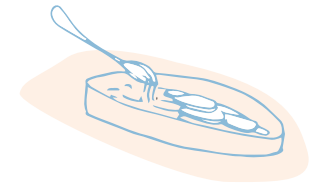


ALIMENTS CROQUANTS
POMMES OU CAROTTES CRUES

ALIMENTS COLLANTS OU GÉLATINEUX
BEURRE DE CACAHUÈTE

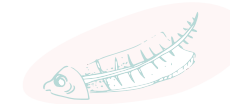


MORCEAUX DURS, PEAUX OU CROÛTES FORMÉES DURANT LA CUISSON
GRUYÈRE D'UN GRATIN



TEXTURES COMPLEXES
HOT-DOG

TEXTURES EN FEUILLES SOUPLES
SALADE



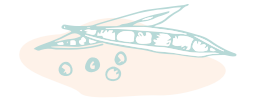
OS OU CARTILAGES
ARÊTES DE POISSON

TEXTURES DOUBLES (SOLIDE/LIQUIDE)
SOUPE AVEC DES MORCEAUX



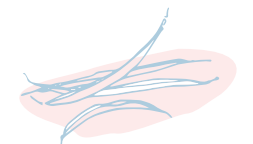
PÉPINS, GRAINES, MEMBRANES
MEMBRANE DES ORANGES

PEAUX, ENVELOPPES, COQUES
PEAU DES PETITS POIS



ALIMENTS DE FORME OBLONGUE
GRAINS DE RAISIN

ALIMENTS FILANDREUX
HARICOTS



FOREST
(CC BY-NC-ND 2.0)

3. Les aides techniques lors des repas pour favoriser l'autonomie

Les résidents que vous accompagnez utilisent sans doute des aides techniques pour les repas. Assiettes, couverts ou encore verre adaptés, ces aides permettent une **meilleure autonomie** du résident lors des repas et elles seront conseillées par un **ergothérapeute**.

Il en est une qui aide le résident à boire : **le verre à encoche nasale**. Il permet de boire en **maintenant la tête fléchie vers l'avant**, ce qui amoindrit le risque de fausses routes. Il pourra être utilisé par le résident lui-même si ses capacités de préhension le permettent, ou alors par l'accompagnant qui donne à boire au résident.

Verre classique, tête en hyperextension
= risque de fausse route
(à éviter)



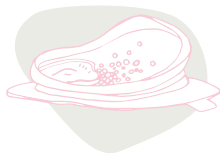
Verre à encoche nasale, tête maintenue en flexion
= limite le risque de fausse route
(à rechercher)



VERRE À ENCOCHE NASALE



ASSIETTE OVALE À FOND INCLINÉ ET À VENTOUSE



COUVERTS AVEC MANCHES COUDÉS



C. LA NUTRITION ENTÉRALE ET L'ALIMENTATION ORALE : INCOMPATIBLES ?

1. L'alimentation entérale : qu'est-ce que c'est ?

C'est une technique de nutrition qui vise à **introduire les aliments directement dans l'estomac quand l'alimentation orale n'est pas possible ou pas suffisante**. Elle peut être indiquée en cas de troubles de la déglutition, de l'alimentation (refus de se nourrir), de dénutrition, ou de troubles gastriques importants qui rendent l'alimentation orale insuffisante, impossible ou inefficace.

Elle doit toujours être le **fruit d'une réflexion médicale** qui permet d'évaluer les bénéfices qu'elle apporterait en termes de confort et de sécurité pour la personne.

Point de vigilance

Si la personne nourrie artificiellement bénéficie d'un **suivi orthophonique** en raison d'un trouble de la déglutition, il faut le **poursuivre** car l'alimentation entérale ne changera rien aux fausses routes salivaires.

Restez attentifs à d'éventuels **signes d'inconfort digestif**. La déglutition est normalement la première phase de digestion : la bouche prévient l'estomac et les intestins qu'il va falloir se préparer à digérer. **Avec la nutrition entérale, la bouche est court-circuitée et donc cette alerte n'est pas donnée**. Ceci peut alors engendrer un **reflux, des vomissements, une diarrhée ou encore une constipation**. Tous ces signes vous permettront de discuter avec l'équipe médicale afin qu'elle puisse ajuster au mieux les modalités de cette nutrition entérale. Elle pourra jouer sur le débit, le volume ou la composition de l'alimentation afin qu'elle soit adaptée aux capacités digestives du résident.

Enfin, **installer le résident** bénéficiant d'une nutrition entérale **à table** avec les autres au moment des repas lui permettra de maintenir le lien social.

2. Nutrition entérale : nutrition orale interdite ?

Les choses ne sont pas aussi tranchées. Le Protocole National de Diagnostic et de Soins - Générique Polyhandicap est clair : **la nutrition entérale "n'empêche pas l'alimentation-plaisir par la bouche si elle est possible"**. Concrètement, il est important d'évaluer les capacités de déglutition du résident, même si celui-ci est alimenté par nutrition entérale.

Ainsi, il sera peut-être possible de lui proposer des aliments et/ou boissons qu'il affectionne particulièrement et qui sont adaptés à ses compétences oro-motrices dans un seul but de plaisir. **Aucune pression ne sera mise sur la quantité prise** puisque les apports énergétiques nécessaires au résident seront couverts par la nutrition entérale.

De plus, l'alimentation-plaisir par voie orale a un réel **intérêt physiologique** lorsqu'elle est effectuée avant ou en même temps que l'alimentation entérale. En effet, elle donnera l'alerte au corps qu'il faut digérer et permettra d'éviter tous les désagréments que nous avons évoqués.

BIBLIOGRAPHIE

Auzou,P.(2007a).Anatomie et physiologie de la déglutition normale.Kinésithérapie, la Revue, 7(64), 14-18. [https://doi.org/10.1016/S1779-0123\(07\)70368-6](https://doi.org/10.1016/S1779-0123(07)70368-6)

Auzou, P. (2007b). Contrôle neurologique de la déglutition. Kinésithérapie, la Revue, 7(64), 24-29. [https://doi.org/10.1016/S1779-0123\(07\)70370-4](https://doi.org/10.1016/S1779-0123(07)70370-4)

Battu, V. (2017). Techniques de compensation : Des aides techniques au matériel d'hygiène. Actualités pharmaceutiques, 56(570), 57-59. <https://doi.org/10.1016/j.actpha.2017.09.013>

Bodineau, A., Boutelier, C., Viala, P., Laze, D., Desmarest, M., Jonneaux, L., Folliguet, M., & Trivalle, C. (2007). Importance de l'hygiène buccodentaire en gériatrie. NPG Neurologie - Psychiatrie - Gériatrie, 7(40), 7-14. [https://doi.org/10.1016/S1627-4830\(07\)91443-9](https://doi.org/10.1016/S1627-4830(07)91443-9)

DéfiScience. (2020). Protocole National de Diagnostic et de Soins (PNDS) Générique Polyhandicap. https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2020-05/11_mai_2020_texte_pnds_generique_polyhandicap.pdf

Dupuis, V. (2018). L'hygiène bucco-dentaire du sujet âgé. Actualités pharmaceutiques, 57(579), 41-45. <https://doi.org/10.1016/j.actpha.2018.07.009>

Gentil, C., Pêcheur-Peytel, G., Navarro, P., Guilhermet, Y., & Krolak-Salmon, P. (2021). Les troubles de la déglutition chez le patient âgé : Les dépister, les évaluer, les prendre en soin. Pratique Neurologique - FMC, 12(1), 41-50. <https://doi.org/10.1016/j.praneu.2021.02.003>

Joriot, S., Hully, M., Gottrand, F., Fayoux, P., & Chabrol, B. (2020). Alimentation et polyhandicap chez l'enfant : Mise au point de la commission « handicap » de la Société française de neurologie pédiatrique: Nutrition in children with cerebral palsy: A review by the French Pediatric Neurology Society (English). Perfectionnement en Pédiatrie, 3(1), 91-96. <https://doi.org/10.1016/j.perped.2020.01.023>

Lambe, C., & Colomb, V. (2010). Alimentation entérale sur gastrostomie : Indications et méthodes: Gastrostomy and enteral feeding in pediatrics (English). Archives de pédiatrie, 17(6), 750-751. [https://doi.org/10.1016/S0929-693X\(10\)70092-0](https://doi.org/10.1016/S0929-693X(10)70092-0)

Landrin, I., Capet, C., & Menager, C. (2016). 21 - Fausses routes : Dépistage des troubles de la déglutition et prévention des pneumopathies d'inhalation. *Gérontologie préventive*, 317-330. <https://doi.org/10.1016/B978-2-294-74614-7.00021-0>

Lecerf, J., Gorts, Ga. étane, & Defontaine, G. éry. (2001). Nutrition entérale de longue durée : Notre expérience à partir des problèmes posés chez des enfants alités polyhandicapés. *Nutrition clinique et métabolisme*, 15(2), 101-107. [https://doi.org/10.1016/S0985-0562\(01\)00055-3](https://doi.org/10.1016/S0985-0562(01)00055-3)

Poisson, P., Laffond, T., Campos, S., Dupuis, V., & Bourdel-Marchasson, I. (2016). Relationships between oral health, dysphagia and undernutrition in hospitalised elderly patients. *Gerodontology*, 33(2), 161-168. <https://doi.org/10.1111/ger.12123>

Quetin, F. (2015). Les troubles de l'oralité chez l'ancien prématuré. *Contraste*, 41(1), 271-280. <https://doi.org/10.3917/cont.041.0271>

Réseau Lucioles. (2014). Troubles de l'alimentation et handicap mental sévère : Pratiques et connaissances approfondies (p. 329). <https://www.reseau-lucioles.org/wp-content/uploads/2015/09/Troubles-alimentation-dossier.pdf>

Senez, C. (2020a). Evaluation, classification et traitement des dysoralités sensorielles. In *Rééducation des troubles de l'oralité et de la déglutition* (3e éd., p. 81-96). De Boeck Supérieur.

Senez, C. (2020b). Rééducation chez les grands enfants et adultes IMC et polyhandicapés. In *Rééducation des troubles de l'oralité et de la déglutition* (3e éd., p. 177-190). De Boeck Supérieur.

Senez, C., & Martinet, M. (2020a). La déglutition adulte. In *Rééducation des troubles de l'oralité et de la déglutition* (BU Santé Rockefeller WI 250 SEN; 3e éd., p. 29-38). De boeck-Sola. <https://docelec.univ-lyon1.fr/login?url=https://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=cat06264a&AN=bul.510948&lang=fr&site=eds-live>

Senez, C., & Martinet, M. (2020b). La nutrition entérale et le développement de l'oralité. In *Rééducation des troubles de l'oralité et de la déglutition* (BU Santé Rockefeller WI 250 SEN; 3e éd., p. 119-151). De boeck-Sola. <https://docelec.univ-lyon1.fr/login?url=https://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=cat06264a&AN=bul.510948&lang=fr&site=eds-live>

Mai 2022