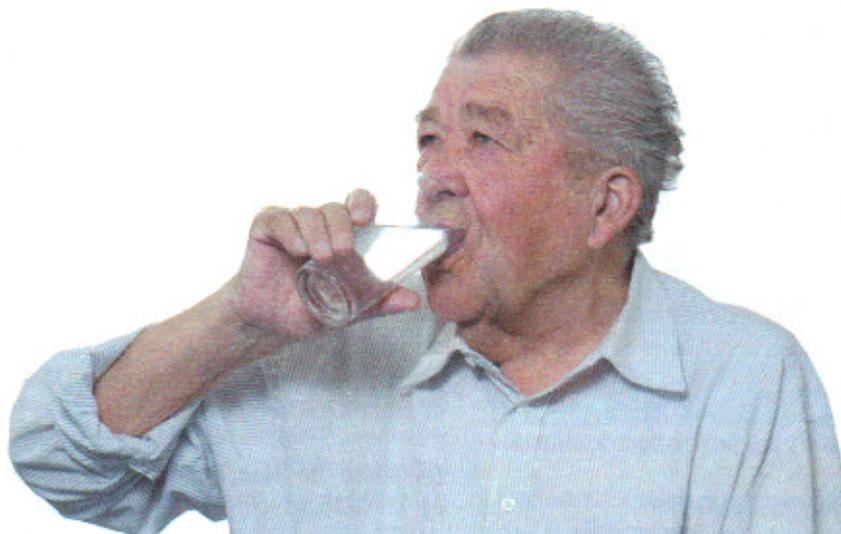


Dossier réalisé par Xavier Cormary et Yann Tannou,

orthophonistes

Prévention des troubles de la déglutition en neuro-gériatrie



es troubles de la déglutition sont fréquents chez les personnes âgées (jusqu'à 60 % en institution), mais sont souvent mal estimés par les patients, les soignants et l'entourage. L'enjeu nutritionnel et la peur de l'obstruction prédominent et occultent les complications respiratoires. La démarche de soins, pour être efficace, doit être rééducative mais aussi et surtout préventive, en conjuguant des actions individualisées et collectives. L'orthophoniste est au cœur de ces actions en exerçant son métier de rééducateur mais aussi en apprenant à devenir formateur des autres soignants.

En institution, les mesures contre les troubles de la déglutition sont souvent prises sans avis orthophonique, de manière inappropriée par des soignants trop centrés sur la prise alimentaire et la modification des textures. La réponse est souvent indifférenciée et irraisonnée : texture mixée et eau épaissie. Il est donc indispensable que nous, orthophonistes, soyons de ceux qui investissent leurs compétences dans cette pathologie inscrite à la nomenclature, grâce à la culture professionnelle qui est la nôtre en physiologie, linguistique, communication et savoir-faire relationnel, notions toutes impliquées dans ce trouble en gériatrie.

La prévention des troubles de la déglutition est une action collective, qui nécessite les compétences de tous les soignants, en particulier celles des orthophonistes. Hélas, l'orthophonie est trop souvent sous-représentée en EHPAD, ce qui altère la qualité de la prévention tout autant que la qualité des soins. Trop diététique, la prévention se concentre alors sur la qualification et la multiplication des textures modifiées exclusivement, au détriment de la stimulation du patient. Trop infirmière, la prévention se focalise sur la manœuvre de Heimlich et autres urgences, au détriment d'une démarche écosystémique d'accompagnement du patient. Trop médicale, la prévention s'oriente sur un diagnostic technique sans proposition rééducative.

Ce dossier, conçu en plusieurs parties, s'attachera à apporter différents éclairages sur la prévention des troubles de la déglutition et de leurs conséquences.

- 1/ Repas mixés, liquides épaissis : des préparations à consommer avec modération.
- 2/ Organisation d'un plan de prévention en EHPAD.
- 3/ Le travail de la « cellule déglutition » du centre « La Roseaie » (46).

Repas mixés, liquides épaissis : des outils de prévention à utiliser avec modération

La première mesure de prévention des troubles de la déglutition en institution chez un patient qui tousse lors des repas, est la mise en place d'une alimentation mixée et de liquides épaissis ou gélifiés. Malheureusement, cette alimentation mixée et ces liquides épaissis sont souvent peu attractifs pour les résidents, qui s'en plaignent, les refusent ou s'y résignent, mais risquent toujours de réduire leurs apports alimentaires et de basculer dans la dénutrition.

De nombreuses équipes de restauration sont conscientes de ces problèmes et font de leur mieux pour y pallier, consacrant de gros efforts en temps, en créativité et en personnel pour trouver des recettes et des présentations adaptées à ces textures, qui n'en restent pas moins mixées, gélifiées ou épaissies.

Il faut s'interroger sur l'utilité de ces modifications de textures. Groher et McKaig dans une étude de 1995 ont montré que sur 212 résidents de maisons de retraite américaines bénéficiant d'une alimentation modifiée, 91 % d'entre eux mangeaient une alimentation trop simplifiée par rapport à leurs capacités réelles de déglutition (Dysphagia and dietary levels in skilled nursing facilities. J Am Geriatr Soc.).

Le tout mixé - tout épaissi n'est donc pas indiqué pour tous les patients qui présentent des troubles de la déglutition, en particulier dans le cadre de deux pathologies largement représentées dans les établissements et bien connues des orthophonistes : les accidents vasculaires cérébraux (AVC) et les démences.

► AVC et déglutition

Les conséquences d'un AVC sont nombreuses et variables. On retrouve en particulier des troubles de la déglutition, dans 50 à 60 % des cas, quelle que soit la latéralisation de l'atteinte. Toutefois, ces troubles de déglutition se réduisent spontanément chez la majeure partie des patients, puisque seulement 10 à 25 % des patients présentent des séquelles de difficultés pour avaler après six mois.

En phase aiguë, dans les premières semaines qui suivent l'AVC, ces patients ont besoin de protéger leurs voies aériennes supérieures des inhalations : l'adaptation de l'alimentation et de la boisson et la pratique de postures d'inclinaison modérée de la tête sont alors les deux outils palliatifs des fausses routes.

En phase de récupération, ces patients vont avoir besoin de stimulations plus importantes pour progresser. Aussi, les simplifications alimentaires qui étaient nécessaires dans les jours/semaines qui suivent l'AVC, deviennent des déprivations sensorielles qui entravent la récupération spontanée si elles durent trop longtemps. Tout comme les patients ne peuvent récupérer la marche s'ils restent toujours assis dans un fauteuil roulant, ils ne peuvent récupérer une déglutition efficace en avalant trop longtemps une alimentation trop simplifiée.

Il faut donc que l'orthophoniste réévalue régulièrement le bien-fondé des moyens palliatifs, en particulier les régimes mixés et des liquides épaissis dans une prise de risque raisonnée et contrôlée. L'objectif est de simplifier l'alimentation le moins longtemps possible, afin de favoriser la récupération spontanée.



► Démence et déglutition

La démence, et en particulier la démence de type Alzheimer, comporte des atteintes de la mémoire de travail qui provoquent des pertes d'informations immédiates. Ainsi, le patient dément pourra oublier qu'il a un aliment en bouche. Lorsque cette information cognitive est perdue, le mâchage s'arrête et la déglutition ne se déclenche pas. A la reprise inspiratoire, l'aliment est inhalé, entraîné par l'air entrant vers la glotte puis les poumons, déclenchant une toux réflexe, qui peut conduire malheureusement à la prescription hâtive sans avis orthophonique d'une alimentation mixée par une équipe inqualifiée.

Un aliment à faible pouvoir stimulant (mixé, tiède, fade) a peu de chance d'activer la mémoire de travail déficiente, et risque au contraire de favoriser l'oubli en bouche. Alors qu'un aliment à fortes stimulations potentielles (chaud ou froid, goûteux, croustillant, eau pétillante) aurait pu déclencher un traitement de l'information et donc une déglutition efficace.

L'orthophoniste devra donc s'efforcer de retarder autant que possible l'introduction d'une alimentation mixée qui risque d'amplifier la dégradation que l'on voulait circonvier. Au contraire, il s'efforcera de rechercher tous les moyens possibles de stimulations augmentées de l'alimentation : le goût, la consistance, le bullage, le contexte seront les composantes de cette prévention active.

La crainte de l'asphyxie rapide chez les patients âgés, du fait de sa forte charge émotionnelle et anxiogène pour le personnel et les familles fait souvent prescrire des modifications alimentaires, dont l'usage mérite d'être analysé, voire mis en cause par l'orthophoniste, car c'est un moyen de prévention parfois utile, mais souvent inadapté :

- ▀ les modifications alimentaires sont disproportionnées par rapport aux besoins réels de la majorité des résidents qui en consomment ;
- ▀ leur fabrication génère du travail supplémentaire en restauration ;
- ▀ leur usage augmente les risques de dénutrition ;
- ▀ elles provoquent parfois des déprivations sensorielles délétères chez certains résidents.

De plus, cette crainte fait oublier d'autres pathologies plus insidieuses, comme les pneumopathies d'inhalation, dont la prévalence est largement supérieure et la prévention indispensable. Celle-ci s'appuie sur d'autres aspects plus larges que l'alimentation, notamment l'hygiène buccale rigoureuse et le repérage organisé des patients à risque réel de complications des troubles de la déglutition. L'orthophoniste doit se positionner comme le référent de ces troubles de la déglutition et se faire le pivot de la prévention en suscitant les actions d'équipe pluridisciplinaire.

A quoi sert de mixer les aliments ?

Lorsque la transformation des aliments par mâchage avec les dents et brassage avec la langue n'est plus réalisée, il devient utile de réaliser une transformation mécanique de l'aliment avant la mise en bouche, pour proposer au patient une texture simplifiée prête à être déglutée. Cette texture est exempte de morceaux afin de réduire le risque d'asphyxie par obstruction laryngée. C'est le cas lorsqu'un trop grand nombre de dents sont altérées chez la personne âgée, ou lorsque la fonction cognitive de mâchage est perdue chez les patients déments en stade très avancé.

Epaissir les liquides

Pour ralentir la vitesse d'écoulement des liquides, on peut augmenter leur viscosité à l'aide d'un épaississant ou un gélifiant adapté. Ce procédé permet de laisser le temps à la glotte de se fermer avant l'arrivée des liquides dans l'arrière gorge. C'est donc une aide justifiée seulement chez les résidents dont le réflexe de fermeture de la glotte est trop lent, comme c'est souvent le cas chez les patients AVC en phase aiguë.

Une alimentation attractive qui limite les risques de fausses routes

L'aliment doit répondre aux critères mécaniques suivants :

1. le diamètre des aliments doit être inférieur au diamètre de la glotte, pour éviter une obstruction totale, soit des morceaux inférieurs à 1 cm de diamètre,
2. la consistance doit être cohésive, pour que l'aliment reste intègre de la bouche à l'œsophage : pas de miettes, pas de grains, pas de résidus,
3. la viscosité doit être suffisante pour pallier le déficit éventuel de lubrification en cas de manque de salive.

Les liquides épaissis altèrent la perception

Un liquide est perçu comme désaltérant s'il possède des caractéristiques conjointes : température basse (eau fraîche) ou élevée (thé, café) et surtout un effet d'écoulement en bouche. La modification de la texture, avec l'épaississement vient altérer le potentiel stimulant du liquide. Au contraire, les stimulations diverses (l'eau gazeuse par exemple) impulsent le traitement cortical et cérébelleux et facilitent le geste de déglutition.

Trois complications prévalent dans les troubles de la déglutition

- Complications pulmonaires : en l'absence d'hygiène buccale efficace, la prolifération bactérienne contamine les aliments ou la salive présents en bouche, qui sont alors le vecteur potentiel de l'infection vers les poumons par des phénomènes de micro-aspiration. La prévention première est une hygiène buccale rigoureuse et organisée.
- Complications nutritionnelles : les difficultés de déglutition réduisent les prises alimentaires en ralentissant les repas. Ce phénomène, associé au manque d'appétit, est amplifié devant un repas en texture mixée peu attractif.
- Complications hydriques : le recours à l'épaississement des liquides induit une réduction des apports hydriques qui conduisent à la déshydratation, sans forcément pallier la sensation de soif.

Mettre en place un plan de prévention des troubles de la déglutition en EHPAD

Pour sortir des repas « tout mixé / tout épaissi » à l'efficacité discutable et discutée, il faut changer la culture des personnels. Comme dans la prévention des escarres, les actions sont individuelles et collectives. Les implications sont quotidiennes et multiples : la constitution d'une cellule de veille permanente dans l'EHPAD est la clé de la réussite du plan de prévention à mettre en place.

La **prévention des fausses routes** est au cœur des **préoccupations** des personnels soignants. L'asphyxie par obstruction et la dénutrition constituent des craintes majeures pour les personnels. Pourtant, la complication la plus fréquente des fausses routes, l'infection pulmonaire, est très souvent sous estimée.

Les mesures contre les troubles de la déglutition sont souvent prises arbitrairement voire de manière inappropriée par des équipes trop centrées sur la seule prise alimentaire. Face au premier signe d'alerte - la toux - la réponse est indifférenciée via la prescription de repas en texture mixée accompagnée d'eau épaissie ou gélifiée.

Pourtant, ce principe de précaution mis en œuvre de façon quasi automatique présente des limites majeures : la toux n'est d'abord pas le meilleur signe clinique de dysfonction de la déglutition. Se fixer sur cette seule alerte, fait courir le risque de passer à côté des fausses routes dites « silencieuses », c'est-à-dire sans déclenchement du réflexe de toux.

Par ailleurs l'alimentation modifiée, et ce malgré les efforts des équipes de restauration, reste globalement une alimentation peu attractive et lassante qui peut favoriser la dénutrition. De plus, dans 91 % des cas (Groher, McKaig : Dysphagia and dietary levels in skilled nursing facilities. J Am Geriatr Soc. 1995), cette alimentation est trop simplifiée en regard de l'efficacité réelle de déglutition des résidents qui en bénéficient.

Quant à l'eau épaissie, elle favorise la déshydratation sans garantir qu'elle réduise l'incidence des pneumopathies d'inhalation (Robbins, Gensler, Hind : Comparison of 2 interventions for liquid aspiration on pneumonia incidence : a randomized trial. Ann Intern Med. 2008). Pourtant il est un facteur de risque important qui demeure trop rarement pris en compte : **l'hygiène buccale**.

➤ Faire évoluer dare-dare les pratiques pour baisser les risques

Selon l'étude américaine de Susan Langmore (Langmore, Terpenning, Schork, Chen, Murray, Lopatin, Loesche : Predictors of Aspiration Pneumonia : How Important Is Dysphagia?. Dysphagia 1998), les trois premiers facteurs de risque de développer une pneumopathie d'inhalation (infection pulmonaire liée aux fausses routes) sont la dépendance pour manger (41 %), la dépendance pour les soins de bouche (40 %) et le nombre de dents abimées (34 %).

Ces valeurs montrent l'intrication de micro facteurs propres au patient (efficacité de la déglutition, état sanitaire de la bouche) et de macro facteurs propres à l'institution (aide à manger, aide à l'hygiène buccale).

La prévention efficace des risques doit donc agir sur les deux types de risques :

- les risques dans la pratique soignante individuelle,
- les risques dans l'organisation de l'institution.



► Informer ou former les équipes ?

Pour sortir du « tout mixé/tout épaissi », il faut faire évoluer la culture et les pratiques soignantes des professionnels en les dotant d'informations précises sur les véritables complications des troubles de la déglutition et les moyens efficaces de dépistage et de prévention.

L'information dans les institutions prodiguée par l'orthophoniste apparaît la technique la plus évidente. Lors de ces réunions d'une à deux heures, le personnel soignant, parfois aussi le personnel de cuisine, est informé sur les conduites à tenir auprès des patients.

Mais l'impact de ces réunions d'informations est limité : elles ne permettent pas de changements pérennes car le turn-over du personnel réduit le volume de personnes informées avec le temps. En conséquence les changements de pratiques n'ont pas le temps d'entrer dans la culture soignante de l'EHPAD. De plus, l'information limitée aux seuls personnels soignants et de cuisine ne permet pas les changements structurels attendus. Il faut viser plus large.

► Mettre en place une cellule de veille

Comme dans la prévention des escarres, la prévention s'articule en actions individuelles normalisées (niveau micro facteurs) et en actions collectives d'organisation (niveau macro facteurs). La démarche se structure autour d'une cellule de veille constituée de représentants des différentes professions exerçant dans l'établissement. Les missions de cette équipe constituée et formée sont alors les suivantes :

- Construire un outil de dépistage des patients à risque de complications.
- Tracer le parcours de soins de ces patients à risque.
- Organiser l'institution pour répondre aux troubles de la déglutition.
- Former le personnel de l'institution aux conduites normalisées.

La transmission des savoirs en interne constitue un des pivots d'une prévention sur le long terme. En touchant directement et indirectement tout le personnel, c'est toute la culture institutionnelle qui évolue. C'est pourquoi les membres de la cellule de veille, au delà de leur mission d'organisation, doivent pouvoir transmettre aux autres personnels de l'institution les notions indispensables pour une prévention correcte.

Cela passe évidemment par une nécessaire formation continue : il faut que les membres de cette cellule de veille soient capables d'agir à la fois en prévention et en pédagogie. Ils doivent donc bénéficier d'une formation continue solide et efficace. Par ses compétences diverses, l'orthophoniste est tout indiqué pour dispenser ces actions de formation, en complétant éventuellement sa formation initiale par des compétences de formateur. Il n'est en aucun cas question de délégation de compétences de l'orthophoniste vers les autres

soignants, il s'agit d'élaborer un plan pluridisciplinaire de prévention à l'intérieur de l'établissement, où l'orthophoniste est le pivot et le moteur des actions menées.

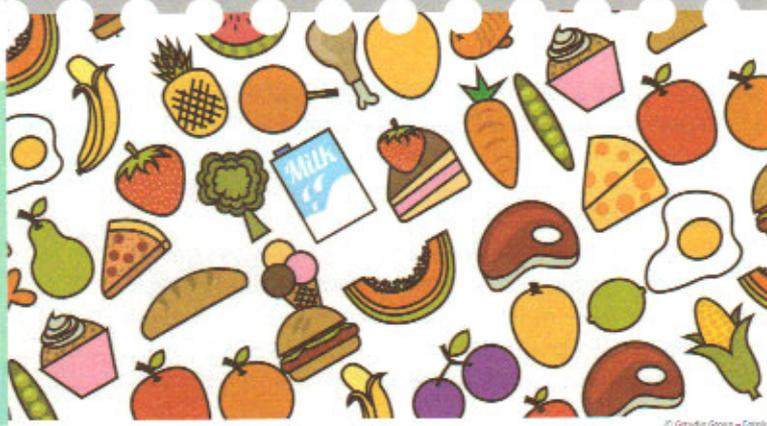
Fausses routes

Les troubles de la déglutition sont caractérisés par les fausses routes, c'est-à-dire un passage dans les voies aériennes de corps étrangers destinés aux voies digestives : aliments, boissons, sécrétions. Fréquente mais bénigne chez le sujet sain, la fausse route déclenche la toux réflexe efficace, qui maintient les voies aériennes libres de tout corps étranger.

C'est lorsque la pénétration de liquide, de solide ou de salive dans les voies respiratoires est trop fréquente, lorsque le sujet s'étrangle en avalant de façon chronique que l'on parle de trouble de la déglutition ou **dysphagie haute**. Ces troubles conduisent parfois à des complications qui chez la personne âgée peuvent être de plusieurs ordres. À commencer par des complications d'ordre pulmonaire : lorsque la bouche est infectée, elle contamine l'aliment ou la salive, qui comporte alors les germes susceptibles d'une prolifération pulmonaire. Lorsque le réflexe de toux est aboli ou réduit, ces aliments ou cette salive infectés sont inhalés en petites quantités et provoquent des infections respiratoires nommées pneumopathies d'inhalation. Mais également des **complications nutritionnelles** : les difficultés de déglutition impactent les prises alimentaires. Le volume des apports est réduit car les repas s'allongent, se compliquent, deviennent source de crainte et de conflit pour le résident et le personnel. La qualité nutritionnelle des ingestas est impactée, car les aliments les plus porteurs de protéines sont souvent les plus difficiles à déglutir : viande, poisson. Enfin des **complications hydriques** : la difficulté pour avaler les liquides, la solution hâtive d'épaississement de l'eau induisent une réduction des apports hydriques qui, associés à la réduction de la sensation de soif, conduit à la **déshydratation**.

Prévalence, morbidité, mortalité

- La prévalence de la dysphagie (ou trouble de la déglutition) chez le sujet âgé en institution est de 68 %. (Steele, Greenwood, Ens, Robertson, Seidman-Carlson. Mealtime difficulties in a home for the aged: not just dysphagia. Dysphagia. 1997).
- On estime que 10 à 15 % des pneumopathies sont des pneumopathies d'inhalation c'est-à-dire liées à la pénétration dans les poumons de corps étrangers destinés à l'estomac. Les pneumopathies d'inhalation sont responsables d'une mortalité de 3 à 5 % des sujets atteints.
- La pneumopathie d'inhalation conduit aussi à un nombre d'hospitalisations accru, à des soins coûteux. Elle représente de 13 % à 48 % de toutes les infections en maison de retraite et est le deuxième type le plus commun d'infections nosocomiales chez les patients hospitalisés, après les infections urinaires.



Le travail de la « cellule déglutition » du centre La Roseraie

En septembre 2013, le centre « La Roseraie », qui regroupe un centre de rééducation fonctionnelle et un EHPAD, met en place une action de formation pour un échantillon représentatif de toutes les catégories de personnel de l'institution, soit une vingtaine de professionnels (aides-soignantes, ASH, infirmières, cadres de santé, diététiciennes, psychologues, orthophonistes, kinésithérapeutes et ergothérapeutes). L'objectif est la constitution d'une « cellule déglutition », outil principal de formation, de pérennisation des notions acquises et de normalisation des conduites dans l'établissement.

Structurée en 2 jours, la formation a commencé par poser les bases de la physiopathologie de la déglutition et de ses étiologies, afin d'établir un socle théorique commun à tous les membres de la cellule. La journée suivante, plus pratique, a permis à l'équipe d'établir un outil commun de repérage des signes d'alerte et de construire un parcours normalisé de soins pour le patient à risque de complications. La dernière partie de la formation a été consacrée à l'élaboration des règles pédagogiques pour construire des supports de formation interne pour le reste du personnel, ainsi que pour les familles.

► Outils produits lors de la formation

Un des enjeux majeurs de la cellule a été de soulever les ambiguïtés sur les définitions de textures simplifiées, en éliminant le terme haché et redéfinissant le terme mixé. Elle a aussi réduit le nombre de régimes disponibles, en recherchant l'utilité des consistances pour la déglutition des patients selon trois critères : cohésion, glissé, souplesse. Il a donc été convenu de disposer de 3 régimes distincts pour les patients à risque : régime classique/ régime tendre/ régime sécurisé. La cellule déglutition a rappelé que le choix parmi les menus incombait à l'orthophoniste et était mis en place par tous les membres de l'équipe. Longuement débattu, l'équipe décide de conserver un quatrième régime dit « lisse » constitué d'aliments réduits en purée de granulométrie la plus fine possible afin de le mettre en place dans

les cas de troubles de la déglutition les plus graves, au titre de la protection de la nutrition.

Après avoir insisté sur l'importance d'un langage commun et d'actions standardisées, la cellule déglutition a produit lors de sa formation un programme de prévention-déglutition pour les patients à risque de complications de leurs troubles de la déglutition, qui se décline en trois étapes successives :

- un protocole concernant l'alimentation de tout nouvel arrivant,
- un outil de repérage des patients à risque,
- un organigramme de décision, de suivi et d'organisation des soins.

Elle a également réfléchi à la pédagogie à mettre en œuvre afin de diffuser le plus efficacement possible à tout le personnel l'ensemble des informations nécessaires à la prise en compte des patients identifiés comme tels, ainsi qu'au meilleur moyen d'informer et de former les familles des patients qui s'apprentent à quitter le centre.

► Programme de prévention-déglutition Il se décline en trois étapes successives.

Etape 1 : *protocole pour les nouveaux patients arrivants (services de neurologie et ORL)*

Il prévoit que pendant les 72 heures qui suivent son arrivée, ce dernier bénéficie systématiquement d'une prescription de régime alimentaire dit « sécurisé ». Ce laps de temps permet à tout le personnel de soins intervenant autour du patient (aide-soignant, ASH, infirmière...) :

- d'une part d'examiner le patient avec l'outil de repérage,
- d'autre part de mettre en commun l'ensemble de leurs observations (dont l'observation de repas et de leur ressenti de soignants expérimentés) et le contenu du dossier lors des réunions de service.

Le fait d'aider ou non le patient pour manger est laissé à l'appréciation du personnel durant ces 72 heures. Passé ce délai, la décision de procéder ou non à des investigations plus poussées (dépistage paramédical, médical, dentiste) doit être prise.

Lors de ces premières 72 heures, des précautions générales doivent être adoptées. Il s'agira donc de veiller à l'environnement (niveau de bruit ou de lumière par exemple) ainsi qu'à l'installation du patient (position assise avec un mobilier adapté, posture tête fléchie) et de l'aïdant (assis en face, à hauteur des yeux, même chose pour la cuillère). Il faudra également éviter toute pression temporelle et respecter le rythme du patient.

Toute initiative personnelle doit être obligatoirement tracée pendant cette période de manière à faciliter un éventuel réajustement des conduites.



Etape 2 : outil de repérage des patients à risque

Cet outil est prévu pour être utilisé à terme par tout le personnel lorsqu'il sera formé sur les troubles de la déglutition et ses complications. Le choix de l'outil s'est porté sur une observation de 6 points (cf. encart page 26). Si au moins un de ces points est observé chez un patient, une procédure d'examen complémentaire auprès du professionnel compétent (orthophoniste, dentiste, ergothérapeute/kinésithérapeute) doit être programmée afin d'explorer les difficultés observées et de coordonner ensuite les actions de tout le personnel autour de l'alimentation.

Etape 3 : organigramme de décision, de suivi et d'organisation des soins

Le ou les bilans effectués par les experts cités précédemment identifient et catégorisent les patients à risque de complication de troubles de la déglutition et déterminent des conduites à tenir adaptées :

Le bilan orthophonique :

- ▶ indique ce que mange le patient : régime normal ou modifié,
- ▶ indique ce que boit le patient : liquides clairs ou épaissis,
- ▶ autorise ou non l'aide d'un tiers pour manger. Si le patient ne doit pas être aidé pour manger, une seule dérogation est acceptée : la fatigabilité manifeste. Elle est déterminée par un rapport temps de repas/quantité ingérée : si le patient n'a pas mangé la moitié de son plateau en une demi-heure, il peut être aidé pour manger au titre du risque de dénutrition,
- ▶ précise toute autre conduite à tenir spécifique à chaque patient.

Le bilan dentaire / prothésiste dentaire détermine :

- ▶ les soins de bouche à mettre en place (contre les infections),
- ▶ l'appareillage nécessaire.

Le bilan ergothérapeutique et/ou kinésithérapique détermine :

- ▶ la meilleure posture du patient pour s'alimenter,
- ▶ les aides techniques spécifiques,
- ▶ précise toute autre conduite à tenir spécifique à chaque patient.

L'identification des patients à risque et les conduites à tenir spécifiques doivent être accessibles à l'ensemble du personnel. La cellule a décidé de faire apparaître cette information sur différents supports, afin de couvrir tous les personnels :

- ▶ dans les dossiers informatiques des patients, accessibles par tout le personnel médical et de rééducation,
- ▶ dans le logiciel des brancardiers,
- ▶ dans les fiches de régimes alimentaires remplies par la diététicienne ou les infirmières, consultables par les AS et les ASH,
- ▶ par des codes couleur dans la chambre du patient.

Les initiatives personnelles ne sont alors plus acceptables avec ces patients « à risque » de complications.

▶ Diffusion des informations au personnel et aux familles

Pédagogie des personnels

La cellule déglutition a considéré que ses actions futures de formation devaient s'intégrer à des temps de réunions déjà mis en place plutôt que de dégager des temps spécifiques de formation sur le sujet. Elle a construit une pédagogie différenciée, en distinguant 3 cercles pédagogiques en fonction du degré de proximité et de présence du personnel auprès des patients à risque de complication des troubles de la déglutition.

Le **1^{er} cercle** comprend les ASH, les AS, le personnel des cuisines et les brancardiers. Ce sont eux qui sont le plus régulièrement en contact direct ou indirect avec les patients. Il est donc primordial qu'ils soient formés sur les aspects quotidiens de la déglutition tels que la fonction des textures alimentaires ou l'importance de l'installation pour le repas.

Le **2^e cercle** est constitué par le personnel de soins (infirmiers et cadres infirmiers) et de rééducation (diététicienne, kiné, ergothérapeute, orthophoniste, professeurs de sport). Leur statut de soignant ou de rééducateur impose donc une formation complémentaire sur les notions de réhabilitation et de traitement.

Le **3^e cercle** comprend enfin les médecins, les cadres et la direction. Au titre de la médecine de rééducation, ils doivent être informés sur les principes de réhabilitation et disposer d'informations structurelles et organisationnelles, notamment sur le rôle et le fonctionnement de la cellule déglutition ainsi que les changements organisationnels qu'elle a apportés.

Sur un plan pratique, la cellule a décidé que les formations dans les différents cercles seront menées et/ou soutenues par des membres de la cellule appartenant à ces cercles. Suivra ensuite une évaluation de l'impact des actions de formation, en particulier l'amélioration de la traçabilité et le respect des protocoles standardisés.

Éducation des patients et des familles

Une mission de la « cellule déglutition » est de prévoir et d'organiser l'éducation du patient présentant des troubles de la déglutition et de son entourage dans la perspective du retour à domicile. Dans le cadre déjà existant des séances de préparation du retour à domicile, la cellule a prévu la mise en oeuvre de situations pratiques et d'ateliers cuisine encadrés par les professionnels concernés (orthophonistes, kinés, ergothérapeutes, diététiciennes). Ces actions éducatives seront complétées par la remise de documents et de fiches pratiques sur le sujet (aides techniques nécessaires, positionnement correct, repérage des signes de fausses routes et les complications associées).

