

La prévention des troubles de la déglutition en Ehpad

Des équipes qui font parfois « fausse route »...

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. Et 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 la déglutition des résidents qui en bénéficient.

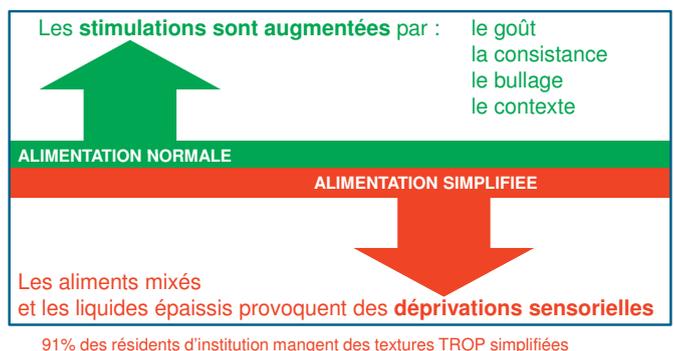
Quand à l’eau épaissie, elle favorise la déshydratation sans garantir qu’elle réduise l’incidence des pneumopathies d’inhalation (Robbins, Gensler, Hind : *Comparison of 2 interventions for liquid aspiration on pneumonia incidence: a randomized trial. Ann Intern Med. 2008*). Pourtant, s’il est un facteur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

Stimuler ou simplifier l’alimentation ?



Des complications de plusieurs ordres

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.

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, 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. A 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.

Cela joue aussi sur la **nutrition**, les difficultés de déglutition impactant les prises alimentaires. Le volume des apports est réduit car les repas s'allongent, se compliquent, deviennent sources de craintes et de conflits pour le résident et le personnel. La qualité nutritionnelle des ingestas en souffre car les aliments les plus porteurs de protéines sont souvent les plus difficiles à déglutir : viandes, poissons... Enfin des **complications hydriques** : la difficulté pour avaler les liquides et le recours hâtif à l'épaississement de l'eau induisent une réduction des apports hydriques qui, associée à la réduction de la sensation de soif, conduit à la **déshydratation**.

pour les soins de bouche (40 %) et le nombre de dents abîmées (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 vraies complications des troubles de la déglutition et les moyens efficaces de dépistage et de prévention.

L'**information** prodiguée par le médecin coordonnateur ou par une 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 et les techniques de production d'aliments modifiés dans l'assiette.

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.

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 sur le principe des comités de liaison en alimentation et nutrition (CLAN). Ses missions 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 compétents à la fois en **prévention** et en **pédagogie**. Ils doivent donc bénéficier d'une formation continue solide et efficace, qui permettra de structurer le plan de prévention en interne, en particulier par la transmission des savoirs entre professionnels de l'Ehpad. ■

Xavier Cormary, Yann Tannou,
Orthophonistes

Contactez les auteurs :
xavier.cormary@la10phagie.fr yann.tannou@la10phagie.fr

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. Elles sont responsables d'une mortalité de 3 à 5 % des sujets atteints.
- La pneumopathie d'inhalation conduit aussi à un nombre d'hospitalisations accru et à des soins coûteux. Elle représente 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.