

TROUBLES DE LA DÉGLUTITION : QUELLE PRÉVENTION EN EHPAD ?



© Patrick Dagornot

Yann Tannou

orthophoniste,
spécialiste de la nutrition
des personnes âgées.

Il est de coutume de dire que la nourriture constitue un des derniers plaisirs des personnes âgées. Un plaisir qui peut être empêché par des troubles de la déglutition. Yann Tannou, orthophoniste et intervenant en Ehpad, vous livre les gestes préventifs à suivre.

Les troubles de la déglutition sont fréquents chez les personnes âgées fragiles. On considère approximativement que 15 % de la population âgée est dysphagique, au point d'envisager la dysphagie comme un syndrome gériatrique, fortement associé à la fragilité (voir encadré 1). Le vieillissement normal réduit donc le tonus musculaire, la sensibilité, le goût, l'odorat et retarde le déclenchement du geste de déglutition. Toutefois le sujet âgé s'adapte à ces difficultés. C'est seulement lorsque celles-ci se combinent à un facteur précipitant que l'adaptation n'est plus possible et que les personnes âgées sont alors précipitées dans la pathologie, qu'il s'agisse de pneumopathies d'inhalation, d'asphyxie, de dénutrition ou de déshydratation.

Notons que ces facteurs précipitants ne sont pas alimentaires :

- la dépendance : une personne âgée dépendante pour manger présente 41 % de risque de développer une pneumopathie, 34 % si elle est dépendante pour se laver les dents.
- l'hygiène buccale : si celle-ci fait défaut, le risque de pneumopathie est de 38 %.
- la mastication : si elle est altérée ou perdue, le risque d'obstruction est multiplié par 1,7.

La prévention des complications des troubles de la déglutition est donc un enjeu de soin majeur chez la personne âgée. Il convient donc de l'organiser efficacement dans les établissements recevant cette population.

Contrairement à une croyance largement répandue, celle-ci ne passe pas par une simplification systématique des textures alimentaires, motivée par une volonté de sécurité au moment de l'alimentation. En effet, la peur de l'asphyxie par fausse route, à mettre en lien avec les courantes difficultés de mastication, prédomine chez les personnes âgées, les soignants, les aidants et l'entourage familial. Mais, les transformations alimentaires excessives ne sont pas un moyen de prévention efficace des fausses routes asphyxiantes : une texture semi-solide (mixée ou hachée) était présente dans 61 % des cas de décès par asphyxie alimentaire chez les sujets de plus de 60 ans. Du reste, cet usage immodéré d'une alimentation excessivement hachée ou mixée en purée explique qu'en maison de retraite, 91 % des personnes âgées ont une alimentation trop simplifiée par rapport à leurs capacités réelles de déglutition. Or, les patients ayant une alimentation modifiée n'ingèrent pas suffisamment de protéines et d'énergie, ce qui conduit à la surconsommation de compléments nutritionnels.

Le concept de fragilité



Le concept de fragilité est central en gériatrie pour cerner la santé des personnes âgées. Sur le plan physiologique, la fragilité se définit comme une diminution des réserves physiologiques naturelles (réserves nutritionnelles, capacité respiratoire, force musculaire, capacités cognitives, psychomotrices et des habiletés sociales) nécessaires pour s'adapter à une modification de l'environnement.

Sur le plan fonctionnel, la fragilité se définit comme un état d'instabilité pouvant provoquer une incapacité fonctionnelle. L'adaptation du sujet aux différents événements stressants de la vie (psychologiques, accidentels ou maladies) étant plus difficile, il est alors plus à risque de perte d'autonomie, justifiant très souvent une aide dans les activités de la vie quotidienne.

S'il existe des facteurs précipitants qui font basculer les personnes âgées fragiles dans les complications associées à la dysphagie, il faut donc envisager des facteurs préservants qui, utilisés à bon escient, protègent les personnes âgées fragiles de ces complications, ou en retardent l'apparition. Les stimuli sensoriels (citron, poivre, piment) augmentent l'efficacité de la déglutition des personnes dysphagiques de même que l'eau gazeuse. Ce principe peut être généralisé à toute stimulation sensorielle à travers l'usage de la présentation visuelle, des goûts et des textures.

Compte tenu de ces éléments, il apparaît évident que c'est la prévention pluridisciplinaire qui doit primer dans la lutte contre les complications des troubles de la déglutition. Elle doit s'appuyer sur l'analyse des facteurs de risque des complications des fausses routes : l'autonomie pour manger et pour l'hygiène buccale ainsi que l'état sanitaire et fonctionnel de la bouche.

Ces facteurs de risques mettent donc en évidence trois axes de prévention : l'autonomie (A), la bouche (B) et la cuisine (C). Ce plan de prévention, baptisé ABC, est porté par un plan de formation en 2 étapes :

- une formation à destination des soignants sur le dépistage des résidents à risque de basculer dans la pathologie
- une formation des cuisiniers sur la fabrication d'une alimentation stimulante, mais préservant l'asphyxie. Les plats servis sont spécifiques de la fragilité mais sont plus proches de l'alimentation normale, selon les critères publiés par l'International Dysphagia Diet Standardisation Initiative (IDDSI)

Le plan ABC a fait l'objet d'une étude d'observation analytique multicentrique afin d'en mesurer son impact, selon une méthodologie comparative : 4 sites "pilotes" ont bénéficié de ces formations et ont été comparés, pendant un an, à deux établissements "témoins" dans lesquels aucune pratique n'a été modifiée.

Comme nous pouvons l'observer dans l'encadré n°2, les résultats de ce suivi montrent un impact positif sur la qualité de vie de l'ensemble des acteurs en Ehpad, résidents comme soignants.



L'impact positif du plan de prévention ABC

Dans les établissements pilotes, la satisfaction globale des résidents a augmenté de 12%, signe d'un plaisir accru à table. Certains critères, comme la présentation et l'appétence des plats (+23%) progressent significativement.

La satisfaction globale du personnel soignant a augmenté en moyenne de 10%, ce qui témoigne d'une mobilisation de l'ensemble des équipes autour du projet.

Désormais, seuls 8,7% des résidents ont une alimentation mixée dans les pilotes, soit 76% de moins que dans les établissements témoins. Un des établissements pilotes ne sert actuellement plus aucun repas mixé, contre plus de 30 avant le lancement du programme.

Dans ces conditions, 18,7 % seulement de personnes sont dénutries, alors que le taux est de 46 % en l'absence de ce plan. L'utilisation de compléments nutritionnels est 2,5 fois moindre dans les établissements pilotes que dans les témoins, et la consommation alimentaire est plus importante dans les pilotes (92%) que dans les témoins (87%). L'utilisation d'eau épaissie a été divisée par 2, tout comme les cas de déshydratation.