

Quels sont les rôles de l'aide-soignant auprès des patients/résidents présentant un trouble de la déglutition ?

Présenté par Tim Bauduin

En vue de l'obtention du diplôme d'aide-soignant

Année Scolaire 2022-2023

Remerciements

Je remercie avant tout l'école EAFC Tournai Eurométropole de m'avoir permis de suivre cette formation d'aide-soignant qui a été pour moi une belle aventure.

Je remercie mes professeurs pour leurs professionnalismes et leurs envies de transmettre le savoir et les connaissances nécessaires pour mon futur métier.

Je remercie particulièrement Mr Vantomme et Mme Père pour leur soutien durant mon parcours et l'accompagnement durant la confection de mon épreuve intégrée.

Je remercie également tous les intervenants que j'ai rencontré avec qui j'ai communiqué durant ce parcours.

Je remercie les professionnels de santé durant mes stages qui m'ont permis d'apprendre plus sur le métier d'aide-soignant.

Je remercie mon entourage et mes collègues de promotion sociale pour leur gentillesse et leur aide.

TABLE DES MATIERES :

Introduction	8
PARTIE CONTEXTUELLE	9
CHAPITRE 1 : Où rencontre t-on les personnes atteintes de dysphagie?	10
1.Où diagnostiquer une dysphagie?.....	10
2.Où et chez quel type de population les troubles de la déglutition sont-ils le plus constaté?.....	11
CHAPITRE 2 : Où trouve-t-on et dans quelle structure le nombre le plus important de cas de trouble de la déglutition?	11
1.Où trouve-t-on les droits des aides-soignants d'alimenter et d'hydrater des personnes présentant un risque de fausse déglutition?.....	12
PARTIE CONCEPTUELLE	13
CHAPITRE 1 : La déglutition	14
1.Où se trouve l'organe de la déglutition?.....	14
2.Pourquoi la bouche à un rôle important dans la déglutition?.....	14
3.Pourquoi les 4 phases de la déglutition sont elles importantes?.....	14
CHAPITRE 2 : La dysphagie	15
1.Qu'est-ce qu'une dysphagie?.....	15
2.Pourquoi la dysphagie se manifeste?.....	15
3.Quels sont les types de dysphagie existant?.....	15
4.Quels sont les symptômes de la dysphagie?.....	16
5.Pourquoi voit-on apparaître ces symptômes?.....	17
6.Quels sont les facteurs qui favorisent le développement des maladies responsables de dysphagie?.....	17
7.Pourquoi la prise des médicaments peuvent poser problème dans la dysphagie?.....	17
CHAPITRE 3 : Les informations, la prévention, l'éducation	18
1.Pourquoi faut-il consulter en cas de dysphagie?.....	18
2.Pourquoi la dysphagie provoque autant de décès?.....	18
3.Pourquoi les conséquences de la dysphagie peuvent être grave?.....	19
4.Pourquoi l'évaluation de la dysphagie est importante après un AVC?.....	19
5.Pourquoi favoriser une bonne alimentation chez la personne qui souffrent de dysphagie?.....	20
6.Pourquoi éduquer la personne atteinte de dysphagie après un accident vasculaire cérébral?.....	20
7.Pourquoi mettre en action des exercices pour une personne atteinte de dysphagie?.....	21
PARTIE PRATIQUE	23

CHAPITRE 1 : L'accompagnement d'une personne atteinte de dysphagie	24
1.Comment la dysphagie et l'hygiène bucco-dentaire ont un rapport bien lié?.....	24
2.Comment faut-il faire attention avec une personne atteinte de dysphagie?.....	24
3.Comment l'aide-soignant peut prévenir les troubles de la déglutition?.....	25
4.Comment l'aide-soignant peut alimenter une personne hémiplegique?.....	25
5.Comment faire en tant qu'aide-soignant en cas de fausse déglutition?.....	26
6.Comment un aide-soignant peut éviter la dénutrition chez les personnes dysphagiques?.....	26
CHAPITRE 2 : Les solutions	27
1.Comment rendre attractif les repas mixés pour donner envie au patient de manger?.....	27
2.Comment éviter en tant qu'aide-soignant les risques de dysphagie?.....	27
3.Comment l'aide-soignant peut privilégier certains aliments pour limiter les risques de dysphagie?.....	28
4.Comment l'aide soignant peut-épaissir les liquides pour nectar, crème ou gelée?.....	28
5.Comment l'aide-soignant peu minimiser les distractions pour une personne atteinte de dysphagie?.....	29
6.Comment l'aide soignant peu prendre de bonnes stratégies d'alimentation et déglutition chez une personne atteinte de dysphagie?.....	29
7.Comment l'aide-soignant peu donner des indices aux personnes atteintes de démence pour la prise des repas pour éviter les fausses déglutition?	30
CHAPITRE 3 : Rôle de l'aide-soignant au sein de l'équipe pluridisciplinaire	31
1.Comment la pratique et le rôle de l'équipe pluridisciplinaire et de l'aide-soignant est important chez une personne atteinte de dysphagie?.....	31
2.Comment le rôle de l'aide-soignant peut il contribuer dans l'équipe pluridisciplinaire concernant les personnes atteintes de dysphagie?.....	32
3.Comment l'aide soignant peu pratiquer la manœuvre d'Heimlich en cas d'obstruction des voies aériennes?.....	32
4.Comment l'aide-soignant peut améliorer la qualité des repas et faire apprécier les repas au personnes atteinte de dysphagie?.....	33
5.Comment l'aide-soignant peu prévenir la dénutrition chez les personnes atteintes de dysphagie?.....	33
6.Comment l'aide-soignant peut-il observer certains signes de la dysphagie?.....	35
7.Comment l'aide-soignant peut il avoir un rôle de soutien concernant la famille?.....	35
Conclusion	37

Annexes	38
Sitographie	43
Bibliographie	44

Introduction

Durant notre formation, nous sommes amenés à découvrir durant les stages différentes pathologies sévères et bénignes. Nous allons donc parler d'un symptôme : la dysphagie, qui touche beaucoup de personnes âgées. Nous avons pu observer durant les stages énormément de personnes atteintes de ce symptôme qui est parfois lié à beaucoup de facteurs et de maladies, comme par exemple diverses pathologies neurologiques, en passant par celles qui sont le plus couramment rencontrées comme les personnes ayant eu un accident vasculaire cérébral.

Nous allons donc aborder la dysphagie et les problèmes que ce symptôme peut provoquer sur les personnes âgées. En fin de vie, les difficultés pour s'alimenter peuvent être dues à l'évolution de la maladie ou aux traitements. Les fausses routes, nausées ou vomissements peuvent ainsi perturber l'alimentation. L'aide-soignant a donc un rôle primordial, et nous allons essayer de comprendre ce qu'est une dysphagie.

Voilà pourquoi je souhaite parler de la dysphagie pour mon épreuve intégrée.

PARTIE CONTEXTUELLE

Durant mon premier stage, j'ai pu observer que la dysphagie touchée surtout les personnes ayant eu un accident de vie, comme un accident vasculaire cérébral qui peut dans ce cas poser problème lors de la déglutition. Les antécédents de la personne joue aussi leurs rôles sur ce symptôme. Il est important en tant qu'aide-soignant de comprendre cette pathologie et d'essayer d'améliorer la qualité de vie des patients et des résidents.

CHAPITRE 1 :Où rencontre t-on les personnes atteintes de dysphagie ?

Nous rencontrons la dysphagie surtout chez les personnes âgées et les personnes ayant eu un accident de vie. Parfois une pathologie neurodégénérative ou un cancer peut faire que certaines personnes développent ce symptôme.

Mais nous allons d'abord parler du contexte, dans lequel, un aide-soignant peut rencontrer des personnes atteintes de dysphagie. Globalement cela touche tous les milieux de notre profession. Voici une liste : les maisons de repos, les maisons de repos et de soins, les hôpitaux, les hôpitaux psychiatriques, les secteurs de la personne en situation de handicap mental et/ou physique et aussi certaines personnes âgée à domicile.

1. Où diagnostiquer une dysphagie ?

Si une dysphagie est suspectée, un examen complémentaire par un spécialiste est nécessaire. Une anamnèse va permettre d'aborder, au moyen de questions ciblées, les troubles individuels de la déglutition, la nature, la manifestation, le développement et la durée des problèmes.

L'anamnèse sera suivie d'un examen clinique de tous les organes impliqués dans la déglutition surtout, visage, cou, lèvres, langue, mâchoire, palais, dents, larynx et des fonctions qui s'y rapportent, voix, respiration, articulation, toux, raclements de gorge :

Dans la mesure du possible, on examinera les organes au repos, on teste les possibilités de mouvement et la force et on examine la sensibilité. Des tests de déglutition sont effectués lorsque la première observation le justifie. Cela se produit d'abord avec la salive, puis, en fonction de l'évaluation clinique, avec différentes consistances liquides, pâteux, solides.

2. Où et chez quel type de population les troubles de la déglutition sont-ils le plus constaté ?

Les troubles de la déglutition touchent 13 % de la population âgée de plus de 65 ans et plus de 51 % des personnes vivant en institution.

Ils touchent 44 % des patients hospitalisés en service de gériatrie. Après l'âge de 65 ans, ces troubles de la déglutition sont associés à des conditions médicales particulières. Après un accident vasculaire cérébral, près de 21 à 81 % des patients peuvent souffrir de dysphagie . Cette incidence atteint environ 40% chez les patients souffrant de maladie de Parkinson et 60 % des personnes à un stade avancé de leur démence.

N'oublions pas de rajouter qu'une mauvaise dentition altère la phase orale. Le port du dentier diminue la force de mastication, et altère aussi la sensibilité buccale et les sensations gustatives. L'efficacité diminue de 30 à 75% lors du port de prothèses dentaires. Or, 60 % des personnes de plus de 65 ans sont édentées et portent des prothèses souvent usées et mal adaptées ce qui pose un énorme problème causant parfois des fausses routes.

La prévalence des troubles de la déglutition chez le patient âgé est très élevée, pouvant atteindre les 68 %. Ces troubles prédisposent à la dénutrition, aux infections broncho-pulmonaires à répétition, à l'isolement social et à une diminution de la qualité de vie. Ils accompagnent souvent une pathologie organique générale. Le diagnostic est difficile et repose sur le dépistage des patients à risque avec une anamnèse médicamenteuse et un examen clinique détaillés, associés à d'éventuels examens complémentaires. Les traitements pharmacologiques ou chirurgicaux étant rares, la prise en charge est essentiellement globale et pluridisciplinaire. Elle nécessite l'aide de toute l'équipe pluridisciplinaire, même si le rôle du médecin dans le diagnostic et du logopède dans la rééducation, est essentiel.

CHAPITRE 2 : Où trouve-t-on et dans quelle structure le nombre le plus important de cas de trouble de la déglutition ?

La prévalence des troubles de la déglutition dans la population âgée n'est pas connue avec précision, les données disponibles divergent fortement d'une étude à l'autre.

Cependant, leur fréquence semble élevée et davantage chez les patients souffrant de maladie chronique et séjournant en maison de repos. On évoque une prévalence allant de 12 à 68% au sein de populations de personnes âgées institutionnalisées. Quant aux patients vivant au domicile, une

étude réalisée par questionnaire a révélé que 10 à 16% d'entre eux présentaient des symptômes de dysphagie. Il faut comprendre aussi que les accidents vasculaires cérébraux sont responsables de 40 à 70% des troubles de la déglutition.

1. Où trouve-t-on les droits des aide-soignant d'alimenter et d'hydrater des personnes présentant un risque de fausse déglutition ?

Pour comprendre cela il faut regarder ce que dit la loi, l'arrêté royal du 27 février 2019 dit que l'aide-soignant est en possibilité d'alimenter et d'hydrater par voie orale mais quelque chose d'important est à retenir ici revenons en arrière. L'arrêté royal du 12 janvier 2006 interdisait précisément l'alimentation et l'hydratation de personne ayant une sonde ou des troubles de la déglutition cela a eu pour conséquence une modification de la formation de base, on peut y ajouter ici une formation complémentaire dite d'actualisation pour les aides-soignants déjà diplômés, et un programme de formation comportant au moins 150 heures effectives relatives à l'exécution de ces activités dont au maximum la moitié est constituée de stage.

Sachant que l'on peu rajouter à ceci un cours de premiers secours lors duquel nous retrouvons les manœuvres de désobstruction des voies aériennes. C'est pour cela que la nouvelle formation a pour but aussi d'améliorer les compétences des aides-soignants et avoir la possibilité d'effectuer des actes supplémentaires délégués par l'infirmière.

N'oublions pas que l'arrêté royal du 27 février 2019 ne supprime pas les conditions également prévues dans l'arrêté royal du 12 janvier 2009 , obligation de l'infirmier de contrôler la qualité des prestations déléguées, et pour l'aide-soignant de travailler dans le cadre d'une équipe infirmière structurée.

Il faut rajouter quelque chose d'important les anciens aides-soignants qui ne suivent pas la nouvelle formation complémentaire ne peuvent pas se voir déléguer ces nouveaux actes. L'aide-soignant qui n'aura pas suivi la formation et accepterait de nouveaux actes s'expose à des poursuites pénales, emprisonnement et ou amende, tout comme l'infirmier et ou l'employeur qui le solliciterait.

Maintenant que nous avons expliqué certaines notions importantes sur les lois de l'aide-soignant et l'endroit ou nous retrouvons ce symptôme, les statistiques que nous avons observé et le type de personne ciblé nous allons passer à la partie conceptuelle afin d'expliquer en détail ce symptôme, qui est ici la dysphagie.

PARTIE CONCEPTUELLE

CHAPITRE 1 : LA DEGLUTITION

Dans ce chapitre, nous allons parler du symptôme de la dysphagie en abordant en détail les problèmes et essayer de comprendre les différents termes de la dysphagie. Il est important de comprendre le sujet avant d'agir.

1. Où se trouve l'organe de la déglutition ?

Le palais joue un rôle important dans la déglutition en fermant l'orifice de la cavité nasale, empêchant ainsi le reflux du bol alimentaire dans la cavité nasale. La langue est l'organe de la bouche qui est utilisé pour mâcher, parler et avaler, il est l'organe le plus important dans la déglutition, mais il n'est pas seul.

2. Pourquoi la bouche à un rôle important dans la déglutition ?

Vous devez d'abord mâcher la nourriture jusqu'à la réduire suffisamment pour pouvoir l'avalier, puis votre langue la pousse dans le fond de la gorge d'où partent deux tuyaux: l'œsophage et la trachée.

Si vous avalez correctement, les solides et les liquides passeront par votre œsophage avant de rejoindre l'estomac.

3. Pourquoi les 4 phases de la déglutition sont elles importantes ?

La déglutition est un mécanisme réflexe qui permet le transit des aliments et de la salive de la bouche vers l'estomac, en passant par le pharynx et l'œsophage. Chaque jour, nous effectuons 600 000 déglutitions, la plupart du temps sans faire attention.

La déglutition se déroule en quatre phases et implique de nombreux organes. En premier temps la phase de préparation orale, les aliments mâchés et la salive se mélangent pour former ce que l'on appelle le bol alimentaire, ensuite vient la phase orale, la langue propulse le bol alimentaire vers l'arrière de la gorge par la suite la phase pharyngienne laisse passer le bol alimentaire par l'ouverture du pharynx qui déclenche le réflexe de déglutition dans cette phase le larynx se ferme pour empêcher les aliments de pénétrer dans les poumons. Cette phase dure une à dix secondes, durant lesquelles la respiration est suspendue. La dernière phase et la phase œsophagienne, le bol alimentaire passe de l'œsophage à l'estomac. Les quatre phases sont donc très importantes dans le processus de la déglutition afin d'assimiler les nutriments.

CHAPITRE 2 : LA DYSPHAGIE

1. Qu'est-ce qu'une dysphagie ?

La dysphagie est une difficulté ou une incapacité à avaler certains aliments et boissons. La personne peut se plaindre de difficultés à avaler ou avoir l'impression que quelque chose bloque le passage d'aliments ou de liquides dans l'œsophage.

Normalement, nos voies respiratoires sont fermées lorsque nous avalons des aliments ou des liquides. Mais les personnes atteintes de dysphagie ont des déficiences dans la fermeture des voies respiratoires : la valve qui ferme la glotte¹, plus précisément l'épiglotte au niveau du larynx ne peut plus se fermer à temps ou ne peut plus se fermer. Ainsi, des particules solides ou liquides peuvent y pénétrer et atteindre les voies respiratoires, plutôt que l'œsophage² pour la voie alimentaire normale.

2. Pourquoi la dysphagie se manifeste ?

Parfois, la dysphagie est visible dès la naissance. Mais le plus souvent, la dysphagie survient à l'âge adulte avec certaines causes :

Le vieillissement naturel des parois du larynx qui se relâchent avec l'âge et qui entraîne un manque de force musculaire. On estime que 60% des personnes âgées à domicile peuvent avoir des difficultés à avaler, avoir une déglutition difficile, rencontrer une gêne à la déglutition, et donc à s'alimenter et à s'hydrater. Un accident de vie comme un AVC qui peut endommager le mécanisme de fermeture des voies respiratoires. Les troubles liés à la dysphagie peuvent toucher plus de la moitié des patients ayant subi un AVC.

Une pathologie neurodégénérative comme la maladie d'Alzheimer ou de Parkinson qui fragilise également le mécanisme de fermeture des voies respiratoires. Les troubles liés à la dysphagie peuvent toucher jusqu'à 80% des patients atteints d'Alzheimer.

Un cancer des voies respiratoires, particulièrement après une chimiothérapie ou une radiothérapie.

3. Quels sont les types de dysphagie existant ?

Il existe quatre types de dysphagie, la dysphagie oropharyngée, la dysphagie œsophagienne, la dysphagie organique et la dysphagie fonctionnelle nous allons ici détailler les quatre types de

1 Glotte : Quand nous avalons un aliment ou une boisson, la glotte va basculer vers le haut et l'arrière pour venir boucher les fosses nasales et empêcher ainsi leur passage dans les voies aériennes.

2 Oesophage : Partie du tube digestif qui va du pharynx à l'estomac
l'œsophage propulse les aliments vers l'estomac

dysphagie existant. La dysphagie oropharyngée se manifeste par une difficulté à initier la déglutition puis à propulser les aliments dans l'œsophage, la dysphagie œsophagienne constitue plutôt une gêne à la progression des aliments dans la région du sternum. La liste des maladies du pharynx et du larynx bénignes ou malignes provoquant une dysphagie est longue, cancers oropharyngés ou maladies neuromusculaires, séquelles d'accident vasculaire cérébral par exemple. Les maladies de l'œsophage sont, elles aussi, nombreuses à provoquer une dysphagie cela peut être un rétrécissement du conduit œsophagien à cause d'une tumeur ou une sténose induit par un reflux gastro œsophagien, une inflammation de l'œsophage d'origine allergique ou d'une anomalie du système immunitaire. Et souvent cela peut être un trouble moteur de l'œsophage comme un dysfonctionnement du sphincter inférieur de l'œsophage, le cardia et bien-sûr l'absence de péristaltisme. Les deux dysphagies que je vous ai expliquées ci-dessus sont plus communément appelées la dysphagie haute et la dysphagie basse. La dysphagie organique est due à un obstacle mécanique au niveau de l'œsophage et la dysphagie fonctionnelle est due à un trouble moteur.

4. Quels sont les symptômes de la dysphagie ?

Les symptômes de la dysphagie varient d'une personne à l'autre. La dysphagie s'accompagne parfois d'un soi-disant "passage pseudo-alimentaire", qui se produit lorsque les aliments ingérés passent par les voies respiratoires plutôt que par le tube digestif. Ces faux chemins peuvent être silencieux: des aliments ou des liquides peuvent passer au niveau de la trachée sans que le patient ne s'en aperçoive. À l'inverse, certains faux trajets peuvent fragiliser les voies respiratoires, et même faire suffoquer lorsqu'un gros bloc obstrue les voies respiratoires. La dysphagie peut provoquer des signes évocateurs pendant la prise alimentaire ingestion d'aliments et/ou de liquides:

Une toux régulière, des reflux par le nez. Une gêne ou des douleurs en avalant, des fuites alimentaires par la bouche le fait de baver en mangeant, un maintien prolongé des aliments en bouche, une tendance à manger très lentement et une durée des repas excessive, la présence de restes de nourriture dans la bouche après la déglutition, un changement de voix enrouée, voilée, cassée après la déglutition. La dysphagie peut également provoquer des symptômes non spécifiques en dehors des repas comme : Des épisodes de fièvre récurrents et inexplicables, une pneumopathie chronique infection des poumons sans que l'on trouve la cause de ces récurrences. Les particules se sont logées au niveau du poumon et ont provoqué une infection, une perte d'appétit ou de poids.

5. Pourquoi voit-on apparaître ces symptômes ?

Certains signes peuvent être typiques de la dysphagie tel que le blocage cervical³ immédiat après la déglutition, les régurgitations pharyngo⁴-orales ou pharyngo-nasales. Mais aussi des épisodes de toux et/ou de voix rauque ou mouillée lors des repas, car ils suggèrent une inhalation du bol alimentaire. Parfois le patient peut signaler la perception d'un résidu buccal ou pharyngé après déglutition, faire preuve d'hésitation à l'initiation de la déglutition ou encore procéder à des déglutitions fractionnées, multiples, et/ou prolongées. Parfois, les patients ne se plaignent d'aucun trouble car ils considèrent que les signes ressentis sont tout simplement liés à l'âge. Dans ce cas, la présence de pneumopathies⁵ récidivantes, une anorexie, une dénutrition isolée ou un comportement d'évitement de l'alimentation peut signaler une dysphagie.

6. Quels sont les facteurs qui favorisent le développement des maladies responsables de dysphagie ?

On retrouve souvent certains facteurs, la consommation tabagique, la consommation alcoolique l'exposition à certains produits toxiques, la prise de certains médicaments, des traitements antérieurs par radiothérapie, des hommes ou femmes de plus de 40 ans, selon la cause l'origine ethnique, un antécédent de reflux gastro-œsophagien, l'ingestion de produits détartrant, le développement de certaines maladies générales telles que sclérodémie, maladie neurologique ou musculaire, une hypercholestérolémie, une hypertension, et parfois des facteurs psychologiques tels que le stress, contrariétés...

7. Pourquoi la prise des médicaments peuvent poser problème dans la dysphagie ?

Certains médicaments peuvent provoquer un assèchement de la bouche rendant difficile la mastication et l'ingestion. D'autres provoquent un effet sédatif ou une baisse de l'activité du système nerveux central.

En voici une liste :

Les anxiolytiques et certains somnifères, certains antibiotiques, peuvent bloquer la jonction neuromusculaire, les corticostéroïdes, la colchicine ou les statines peuvent diminuer le tonus musculaire, les médicaments diminuant les niveaux de dopamine antipsychotiques, antiémétiques

3 Blocage cervical : On dit que les cervicales sont " bloquées " lorsque le mouvement de la tête n'est plus possible en flexion, en extension, en rotation et/ou en inclinaison

4 Pharyngo : signifie pharynx en médecine , ici on parle de gorge

5 Pneumopathie : Il s'agit d'une infection aiguë du poumon liée à un microbe

ou les médicaments antiparkinsoniens qui provoquent des effets moteurs indésirables entre autres au niveau de la bouche et du visage. Tous les médicaments abaissant les niveaux d'acétylcholine tels que les antidépresseurs tricycliques et les inhibiteurs sélectifs de la reprise de la sérotonine, les opiacés ou les bronchodilatateurs inhalés peuvent également occasionner un manque de salive, les AINS⁶ peuvent irriter la muqueuse œsophagienne, ce qui est une cause de trouble de déglutition.

CHAPITRE 3 : LES INFORMATIONS, LA PREVENTION, L'EDUCATION

1. Pourquoi faut-il consulter en cas de dysphagie ?

Dans les premiers signes d'un problème de déglutition nous pouvons observer beaucoup de choses, conservation d'aliments sous la langue, dans les joues ou contre la voûte palatine⁷, expulsion d'aliments en dehors de la bouche, rejet avec la langue, Atonie⁸ faciale, mouvements exagérés de la langue, temps de transit oral excessif, mastication prolongée, pas de remontée du cartilage thyroïde, ou mouvement ralenti, lors de la déglutition, toux avant, pendant ou après la déglutition, suffocation, rejet et excès de salive, modification de la voix après avoir bu ou mangé, voix "rêche", enrrouée ou sifflante, troubles de la parole et articulation difficile, régurgitation par le nez, la bouche ou la stomie, durée des repas excessive, refus du repas : dents serrées, rejet des aliments ou crispation de la gorge. Le deuxième signe d'un problème de déglutition peut être une insuffisance des quantités de boissons ou d'aliments ingérés avec perte de poids ou une infections respiratoires à répétition.

2. Pourquoi la dysphagie provoque autant de décès ?

La dysphagie est la deuxième cause de décès par accident de la vie courante, la dysphagie, ou trouble de la déglutition, touche près de 10 millions de personnes en France tout âges confondus. Cette pathologie dégrade les capacités de déglutition des personnes touchées et les prive partiellement ou totalement de leur capacité à s'alimenter ou à boire de manière classique.

Concernant les chiffres en Belgique je n'ai rien trouvé sur ce sujet mais nous savons que le nombre de cas enregistrés est de 68% chez les personnes âgées englobant aussi bien les nouveaux cas que les anciens étant prédisposé à la dénutrition, et aux infections broncho-pulmonaires à répétition.

6 AINS : Les anti-inflammatoires non stéroïdiens

7 Voûte palatine : située à l'avant du palais sert d'appui à la langue

8 Atonie : Diminution de la tonicité d'un organe

3. Pourquoi les conséquences de la dysphagie peuvent être grave ?

Les conséquences peuvent être graves avec un risque de dénutrition et de déshydratation, de pneumonie d'aspiration⁹ ou d'inhalation¹⁰, souvent considérées comme des causes importantes de mortalité particulièrement chez les personnes âgées. Dans ces conditions, on comprend mieux le besoin de la prise en charge de ces troubles et de leurs complications. La gravité de ces troubles est variable, et peut aller d'une gêne simple à une incapacité totale à avaler, une diminution de la protection des voies aériennes qui engendre une fausse route et infection pulmonaire ou une diminution de l'efficacité de la propulsion de la déglutition qui bloque l'aliment dans la bouche ou la gorge et provoque une dénutrition, et ou une déshydratation.

Les conséquences sont d'autant plus graves chez les personnes âgées, risque de dénutrition, perte de l'envie de s'alimenter, peur de manger et donc diminution de la prise alimentaire mais aussi risque de déshydratation, anxiété, dépression, il existe des conséquences liées à la fausse route, pneumopathies d'inhalation, détérioration de la fonction respiratoire comme vous pouvez le constater les conséquences peuvent être grave.

4. Pourquoi l'évaluation de la dysphagie est importante après un AVC ?

Après un AVC, une chose très importante reste à faire, les patients devraient faire l'objet d'une évaluation des troubles de la déglutition effectué au moyen d'un outil de dépistage valide par un professionnel. En cas de résultats anormaux du dépistage des troubles de la déglutition, les patients seront dirigés vers un orthophoniste, un ergothérapeute, une diététicienne et tout autre professionnel spécialisés en dysphagie, pour une évaluation approfondie et une prise en charge à leur chevet que ce soit au niveau de la déglutition, de l'alimentation, de l'état nutritionnel et de l'hydratation. Une évaluation de la déglutition par radioscopie télévisée ou par fibroscopie doit être effectuée chez tous les patients considérés comme étant à risque élevé de dysphagie oropharyngée ou de mauvaise protection des voies respiratoires, selon les résultats de l'évaluation au chevet, afin d'orienter la prise en charge de la dysphagie exemple:le traitement adéquat selon la personne.

Selon les résultats de la radioscopie télévisée ou de la fibroscopie, un traitement visant à améliorer les capacités de déglutition ou des techniques compensatoires visant à améliorer l'efficacité et la

⁹ Pneumonie d'aspiration : La pneumonie par aspiration survient lorsque les sécrétions orogastriques colonisées par des bactéries produisent une réponse infectieuse dans les poumons

¹⁰ Pneumonie d'inhalation : La pneumopathie et la pneumonie d'inhalation sont provoquées par l'inhalation de substances toxiques et/ou irritantes, habituellement l'inhalation du contenu gastrique dans les poumons. Une pneumonie chimique, une pneumonie bactérienne ou une obstruction des voies respiratoires peuvent se produire.

sécurité du mécanisme de déglutition à la phase oropharyngée devraient être mis en œuvre en plus d'être suivis et réévalués au besoin afin d'améliorer la qualité de vie des personnes atteintes de dysphagie.

5. Pourquoi favoriser une bonne alimentation chez la personne qui souffre de dysphagie ?

Il existe différentes textures possibles pour les personnes souffrant de trouble de la déglutition, La texture hachée, aliments à texture tendre ex : viande hachée ou tendre, lasagnes, raviolis, poisson sans arêtes, quenelles, omelette, pâtes bien cuites, légumes bien cuits pouvant s'écraser à la fourchette, fruits cuits fondants, fromages à pâte molle avec croûte fine... La texture moulinée, aliments fondants en bouche ex : haché fin de viande, de poisson ou de jambon, œuf dur ou jambon haché, biscuits secs humidifiés, mousses de poisson ou de légumes, entremets à la semoule fine, compotes, purées de légumes, banane écrasée... La texture mixée lisse, les repas de texture lisse: purées de légumes, sauces fines, bouillies, assiettes lisses, fromages blancs, yaourts, entremets, flans, compotes, mousses de fruits, glaces, crèmes... Ces textures peuvent éventuellement être proposées pour des problèmes de mastication ou de dentition.

6. Pourquoi éduquer la personne atteinte de dysphagie après un accident vasculaire cérébral ?

La dysphagie est une maladie qui affecte le contrôle des muscles de la gorge qui sont responsables de la déglutition. Il y a divers types de dysphagie, mais la plupart des patients atteints d'AVC subissent une dysphagie oropharyngée provenant des effets neurologiques de l'AVC. Lorsqu'un AVC touche les régions du cerveau qui gèrent les muscles de la gorge, le cerveau perd sa capacité d'envoyer les signaux propres, emportant ainsi des troubles de la déglutition. La sévérité des dysphagies distingue les personnes qui n'ont pas beaucoup de problème de déglutition à ceux qui ne le peuvent pas du tout. De tels patients atteints d'AVC ont besoin d'autres moyens de se nourrir, comme les aliments doux et, aux cas sévères, une sonde d'alimentation. Heureusement, pour la plupart des personnes, la dysphagie s'améliore souvent avant les deux premières semaines après un AVC. Pour ceux dont cette récupération ne se passe pas avec une telle vitesse, la rééducation peut aider à maximiser la chance d'une amélioration à long terme.

Aussi, l'aphasie est une maladie qui affecte la langue après un AVC, et si elle ne se rapporte pas beaucoup à la dysphagie, un lien existe dans le sens où les deux exigent la rééducation des muscles

oraux. Il est important de faire des exercices de déglutition et il existe des techniques et des exercices oraux moteurs qui permettent d'améliorer la déglutition après un AVC. Certains exercices de déglutition pour la dysphagie concernent l'approche du maintien de la posture, le mouvement des organes buccaux, vitesse, amplitude des mouvements, précision et amélioration de la fonction respiratoire, dans le but d'améliorer l'expectoration. D'autres exercices de déglutition sont destinés à renforcer le pharynx, la cavité derrière le nez et la bouche qui les relie à l'œsophage.

7. Pourquoi mettre en action des exercices pour une personne atteinte de dysphagie ?

Il existe plusieurs types d'exercice pour améliorer la qualité de vie des personnes atteintes de dysphagie. Quelques exemples : Le bâillement : Cette action va favoriser le mouvement ascendant du larynx et l'ouverture de l'œsophage. Ouvrez la mâchoire aussi loin que possible et maintenez pendant 10 secondes. Reposez-vous pendant 10 secondes. Faites 5 répétitions 2 fois par jour.

L'hirondelle effortful : Permet d'améliorer le mouvement de la base de la langue et du pharynx. Pendant que vous avalez, imaginez que vous avez une balle de golf coincée dans la gorge. Serrez aussi fort que possible avec les muscles de la gorge. Faites 5 répétitions 2 fois par jour.

Mendelsohn: Favorise le mouvement de l'épiglotte. Améliore la fonction du larynx et la force de l'ouverture œsophagienne. Avalez et maintenez à mi-parcours l'hirondelle pendant 1 à 2 secondes. Finissez d'avaler. Faites 5 répétitions 2 fois par jour.

Exercice de langue résistif: Améliore la force de la langue et le contrôle des aliments et des boissons. Poussez la langue contre le toit de la bouche. Poussez la langue contre chaque joue. Poussez la langue contre un abaisse-langue ou une cuillère. Maintenez pendant 10 secondes. Faites 5 répétitions 2 fois par jour.

Maintien de la langue manœuvre de Masako: Aide à renforcer les muscles de la langue nécessaires à la déglutition. Avalez tout en tenant le bout de votre langue à 3/4 de pouce à l'extérieur de vos dents. Si c'est trop dur, poussez fermement la langue contre le toit de votre bouche tout en avalant. Faites 5 répétitions 2 fois par jour.

Shaker: Améliore le mouvement de l'épiglotte et renforce l'ouverture de l'œsophage. Favorise

également le mouvement ascendant du larynx. Allongez-vous sur le dos, en gardant vos épaules à plat sur le sol. Levez la tête assez loin pour pouvoir voir vos orteils et maintenez-la pendant 1 minute, puis reposez-vous. Faites 5 répétitions 2 fois par jour.

Contrôle épiglottique: Améliore la protection des voies respiratoires lorsque vous avalez. Ouvrez grand la bouche. Expirez l'air de vos poumons, mais ne laissez aucun air s'échapper de votre bouche. Vos voies respiratoires doivent rester fermées. Vous expirez contre une gorge fermée pour que l'air ne puisse pas s'échapper. Maintenez pendant 10 secondes. Faites 5 répétitions 2 fois par jour.

Passons maintenant à la suite, nous avons expliqué en détail ce qu'était réellement la dysphagie physiologiquement les causes de ce symptôme, les facteurs de risque, les symptômes, les conséquences et les traitements et conduite à tenir après avoir informé, conseillé afin de prévenir et éduquer, il est temps maintenant de passer à la partie pratique.

PARTIE PRATIQUE

CHAPITRE 1 : L'ACCOMPAGNEMENT D'UNE PERSONNE

ATTEINTE DE DYSPHAGIE

Dans ce chapitre, nous allons voir comment mettre en œuvre sur le terrain, ce qu'un aide-soignant peut faire pour apporter aux patients et aux résidents la sécurité et le confort lors des repas.

1. Comment la dysphagie et l'hygiène bucco-dentaire ont un rapport bien lié ?

L'insuffisance de soins bucco-dentaires peut être à l'origine d'une perte partielle ou totale de dents. Le manque de brossage entraîne la présence de tartre et de plaque dentaire, responsables de gingivites ou de parodontites. Engendrant dans un premier temps des saignements désagréables, puis la perte d'os au niveau des dents ou carrément la perte de dents. Une prothèse dentaire inadaptée ou en mauvais état peut provoquer des blessures douloureuses en bouche. Tout cela complique les capacités de mastication et par conséquent le bon déroulement de la déglutition, et par la même occasion des repas. Enfin, mycoses buccales et digestives souvent consécutives à la prise d'antibiotiques ou à des traitements par chimiothérapie peuvent être responsables de douleurs, gênes, ou mauvaise haleine. Elles peuvent entraver l'appétit et poser problème sérieusement lors des repas. Le manque d'hygiène bucco-dentaire peut venir de différents facteurs dont, le vieillissement de la cavité buccale, une hyposialorrhée¹¹ due à l'âge et accrue par la prise de nombreux médicaments, la salive trop épaisse ou trop peu abondante ne permet plus de rincer suffisamment la bouche, un recours moins fréquent aux soins bucco-dentaires avec l'avancée en âge malgré un accroissement des besoins pour différentes raisons, utilité des soins annexe insuffisamment démontrée, exigence d'une prise en charge spécifique, coûts des soins, manque de temps... Il est donc important que l'aide-soignant veille à une bonne hygiène bucco-dentaire envers la personne.

2. Comment faut-il faire attention avec une personne atteinte de dysphagie ?

Il est important d'installer la personne dans une posture et un environnement adaptés. La personne ne doit pas manger allongée : le buste doit être relevé, en position assise. La tête doit être inclinée vers le bas, afin de protéger naturellement les voies aériennes. De même, il est important de

¹¹ Hyposialorrhée : Diminution de l'excrétion salivaire

maintenir la position assise après la prise alimentaire pendant au moins 30 minutes. Si la personne est alitée, un dossier de lit sera utile pour relever le buste. C'est pourquoi il est important de choisir un verre adapté, pour pouvoir boire sans avoir à lever la tête. Vous pouvez également utiliser les pailles, le liquide reste dans la paille entre chaque aspiration, réduisant ainsi l'aspiration d'air. C'est idéal pour les personnes ayant une capacité de respiration limitée. Pour alimenter une personne dysphagique, il faut veiller à s'asseoir face à la personne, en lui présentant les aliments par le bas et par petites bouchées. Il faut manger dans le calme, sans parler ou être sollicité, ni regarder la télévision. La prise du repas doit être un moment sans agitation, où l'on peut prendre le temps de manger lentement, et surtout car on ne le dira jamais assez : par "petites bouchées".

3. Comment l'aide-soignant peut prévenir les troubles de la déglutition ?

Il est important de prévenir les troubles. Il existe certains signes d'alerte à observer, peur de passer à table, toux, trop grosses bouchées, bave, Stockage des aliments dans les joues, durée du repas trop court ou trop long et douleur à la déglutition. Il faut surveiller aussi si il n'y a pas de déshydratation chez la personne, une perte de poids, des encombrements bronchiques et vérifier l'état buccal : dents, appareil dentaire, langue, gencives, ainsi que la motricité bucco-faciale : lèvres, joues, langue. Mais aussi la sensibilité bucco-faciale : au chaud, au froid, à la consistance. Les différents état cognitif : compréhension, mémoire, attention et concentration, et enfin le comportement : agitation, dépression, conscience des troubles. Comme vous pouvez l'observer il y a beaucoup à observer et analyser pour prévenir les troubles de la déglutition.

4. Comment l'aide-soignant peut alimenter une personne hémiplegique ?

Alimentez la en vous plaçant du côté paralysé pour favoriser le passage des aliments du côté sain. Étant donné qu'un Résident hémiplegique peut accumuler des aliments du côté paralysé de sa bouche, le soignant exercera une légère pression des deux doigts sur la joue pendant la mastication, ce qui aidera le Résident à tout avaler. On doit s'assurer que le Résident a bien avalé la bouchée avant de lui présenter la suivante. Si le Résident a stocké de la nourriture dans sa joue sans s'en rendre compte, on doit lui demander de tourner la tête vers le côté non paralysé et d'essayer d'en dégager le résidu à l'aide de sa langue ou de son doigt. Les patients ayant des troubles de l'hémisphère cérébral gauche peuvent avoir de la difficulté à comprendre les consignes : il faut leurs

montrer comment mâcher et avaler à l'aide d'une bouchée d'aliments. Ceux qui souffrent de troubles de l'hémisphère droit ont des déficits spatio-perceptuels. Vous pouvez leur parler pendant qu'ils mangent pour leur faire comprendre. Un Résident souffrant d'AVC et paralysé d'un côté peut ne pas se rendre compte que les aliments s'accumulent du côté paralysé. Il n'aura pas le stimulus de mâcher, il pourrait s'étouffer à la déglutition. Les conseils importants sont de tester la température des aliments chauds avant de les offrir au malade. Il faut procéder lentement, par petites quantités et avant chaque cuillerée, dire au Résident ce qu'il mangera. Si possible, alterner liquides et solides, cela empêchera la nourriture de s'accumuler dans la bouche. Utiliser une petite cuillère ou même un compte-goutte si nécessaire. Si le Résident peut faire les mouvements de succion, commencer avec une paille courte et peu de liquide dans le verre. Moins de pression sera nécessaire pour aspirer le liquide. Si le Résident est hémiparalysé, placer la nourriture sur la langue du côté sain et si le Résident est hémiparalysé, tourner la tête du côté non paralysé et l'inciter à bouger sa langue du côté paralysé pour nettoyer et enlever tout résidu d'aliment.

5. Comment faire en tant qu'aide-soignant en cas de fausse déglutition ?

En cas de fausses déglutition l'aide-soignant peut observer des signes d'étouffement, grimaces, changement de la coloration de la peau, suffocation, transpiration. Il faut faire garder son calme à la personne, faire tousser, cracher, pratiquer en dernier recours la manœuvre de Heimlich et bien-sûr ne pas oublier d'appeler le SAMU. L'infirmière peut pratiquer une aspiration trachéale.

Ce qu'il ne faut jamais faire :mettre la tête en arrière.

6. Comment un aide-soignant peut éviter la dénutrition chez les personnes dysphagiques ?

Comme pour tout le monde, la qualité de notre assiette passe d'abord par un respect des traditions culinaires. Un bœuf bourguignon mixé doit avoir le goût d'un bœuf bourguignon. L'origine et la qualité des produits utilisés sont aussi importants dans l'élaboration de la recette. Il est capital, ensuite, d'améliorer la présentation des plats mixés pour développer le plaisir de manger. En effet, le repas est un vrai vecteur de plaisir. Il dépend de nombreux facteurs. Les études montrent bien qu'il prend en compte l'ensemble des processus physiologiques, cognitifs et sociaux et l'aide-soignant joue un rôle important dans ce processus. Il faut donner envie à la personne de manger, cela doit-être un moment de convivialité.

CHAPITRE 2 : LES SOLUTIONS

1. Comment rendre attractif les repas mixés pour donner envie au patient de manger ?

Lorsque nous mangeons, nous faisons appel à nos 5 sens et plus particulièrement à :

La vue : les couleurs, le dressage doivent donner envie. La reconstitution des formes doit permettre d'aider à la reconnaissance des mets. L'odorat : avant même de voir le plat et de le goûter, l'odeur permet de réveiller nos papilles et de nous préparer à l'idée du goût que va avoir le plat. On reconnaît très facilement l'odeur du poisson, de la soupe, de la blanquette de veau ou encore du gâteau au chocolat. Un plat mixé doit avoir les mêmes senteurs que son plat d'origine. Manger est un acte social qui fait appel à notre mémoire, nos souvenirs.

Les plats mixés doivent donc avoir le plus possible :

Des formes et du volume : vous pouvez dresser les plats sous différentes formes : quenelle, terrine, en cercle, en poche à douille. Alternier les formes entre la viande et la garniture. Des couleurs pour stimuler les sens : éviter de proposer une viande de la même couleur que la garniture. De même, veiller à ce que l'entrée, le plat et le dessert soient de couleurs différentes. Les sauces ou coulis colorés, les purées de légumes, vert ou orange permettent d'égayer l'assiette. Des saveurs marquées pour lutter contre la perte du goût liée au vieillissement et/ou à leur pathologies : il n'est pas recommandé d'associer un régime à une texture mixée. En effet, la mise en place d'une texture mixée entraîne parfois une baisse d'appétit. Les plats doivent donc avoir du goût et être correctement assaisonné. Attention à ne pas rajouter des herbes ciselées, non mixées, qui pourraient provoquer une fausse route. Les processus sociaux, l'ambiance du repas est tout aussi importante. Le repas est symbole de partage et de convivialité. Un plat, même joliment présenté, doit être servi dans une ambiance chaleureuse et un environnement adapté : luminosité, couverts adaptés, belle vaisselle...

2. Comment éviter en tant qu'aide-soignant les risques de dysphagie ?

L'aide-soignant se doit de faire attention à certains aliments, il faudra donc éviter les plats tièdes ou boissons tempérées, les aliments de petite taille:céréales, graines, riz, petits pois, semoule. Les aliments fibreux ou à peau :ananas, asperge, haricot, poireaux. Les aliments saupoudrés ou qui s'émiettent facilement:sucre, cacao, poivre, biscottes, biscuits secs. Les fruits à pépins :kiwi, raisin, framboise, pomme. Et les aliments gluants ou collants :fromage fondu, confiture, miel...

En réalité il existe énormément d'aliments qui ne sont pas adaptés pour les personnes atteintes de dysphagie, il faudra donc être prudent et éduquer la famille concernant les aliments qu'elle pourrait ramener à la personne. L'aide-soignant doit faire très attention aux aliments qui pourraient provoquer chez lui une fausse route dans la chambre du patient .

3. Comment l'aide-soignant peut privilégier certains aliments pour limiter les risques de dysphagie?

Il faudra privilégier les plats chauds et boissons froides, chaudes ou pétillantes. Il faut stimuler la sensibilité buccale ou les aliments appréciés par la personne, pour un moment de plaisir, de détente. Les aliments faciles à mastiquer, à texture lisse : viande hachée, potage, purée, œufs, flans, yaourts, lasagnes, aliments humides, non secs comme les plats en sauces. L'aide-soignant devra veiller à ce que la bouche soit bien vide avant d'introduire la bouchée suivante. Si les troubles de déglutition sont trop importants, on pourra adapter la texture des repas mixés, hachés... La consistance de l'eau pourra également être modifiée épaissie, ou gélifiée.

4. Comment l'aide soignant peut-épaissir les liquides pour nectar, crème ou gelée ?

Il y a différentes façons d'épaissir les liquides, et l'aide-soignant a un rôle important ici :

Ils existent plusieurs façons d'épaissir les liquides :

En poudre, épaississant convenable pour les jus de fruit, sirop, lait, café, thé, tisane à servir bien-sûr dans un verre qu'il ne faut pas remplir. ½ dosette pour les nectars , pour la crème 1 à 2 dosettes et pour les gelées 1 à 3 dosettes, selon la marque du produit épaississant. Il existe aussi l'eau gélifiée en pot. Concernant l'utilisation d'une paille ou d'une cuillère, pour boire en petite quantité, on peut utiliser un nouveau système qui existe dans le commerce : les verres à encoche nasale. Ils réduisent énormément le risque de fausse route. C'est un gobelet ergonomique avec découpe pour le nez. On parle souvent d'émietter une biscotte ou un gâteau dans le thé ou toute autre boisson pour ramollir, ce qui permet de faciliter la déglutition. En réalité cela est faux car les miettes dans du liquide peuvent justement être à l'origine d'une fausse déglutition et il est important d'éviter les textures mixtes. Nous avons toujours la possibilité d'épaissir les boissons selon le goût des personnes.

Un exemple de recette :

1 litre d'eau

165 g de gelée de framboise

3 à 4 feuilles de gélatine

bien délayer et faire épaissir à feu doux et verser dans les barquettes

bien conserver au réfrigérateur

Une barquette de 125 g apporte 125 millilitres d'eau à la personne ce qui peut-être intéressant en cas de déshydratation et apporterait du plaisir gustative à la personne.

5. Comment l'aide-soignant peu minimiser les distractions pour une personne atteinte de dysphagie ?

L'aide soignant joue un rôle important ici , il est important que la personne sois concentré sur son repas et apprécie son repas. Il faut minimiser les distractions environnementales pendant les repas. Servez les repas dans un environnement calme, loin de la télévision et d'autres distractions. Évitez de placer sur la table des objets inutiles qui pourraient distraire ou dérouter la personne. Utilisez uniquement les ustensiles de base nécessaires pour le repas. Dans certains cas, trop d'aliments à la fois peuvent être accablants pour certaines personnes. Simplifiez-vous en servant un ou deux plats à la fois.

6. Comment l'aide soignant peu prendre de bonne stratégies d'alimentation et déglutition chez une personne atteinte de dysphagie ?

C'est sûrement ici l'un des rôles les plus important de l'aide-soignant pour éviter les fausses déglutition chez une personne, pour garantir la sécurité de la déglutition : Il faut tout d'abord alternez les petites bouchées et les gorgées. Nourrissez la personne patiemment, avec un taux d'admission lent. Assurez-vous que toute la nourriture et le liquide sont avalés avant de donner la prochaine bouchée. Vérifiez fréquemment la bouche pour vous assurer qu'il n'y a pas d'accumulation de nourriture, en particulier dans les cavités de la joue ou sur la langue. Certains pourraient mieux manger si on leur fournit des repas plus petits tout au long de la journée, au lieu de trois gros repas à la fois. Assurez-vous que les prothèses sont nettoyées et bien ajustées avant de les nourrir. Assurez-vous également que des soins bucco-dentaires appropriés sont effectués tout au long de la journée. Le maintien d'une bonne hygiène bucco-dentaire est essentiel; une mauvaise santé bucco-dentaire est l'un des principaux facteurs de risque de pneumonie par

aspiration chez les personnes atteintes de dysphagie. Et bien-sûr un équipement adaptatif.

Des outils d'alimentation adaptatifs simples peuvent aider certaines personnes atteintes de démence à rester indépendantes tout en mangeant. Ceux-ci incluent des articles tels que des assiettes avec de grands rebords, des tasses avec des couvercles et des bases larges, des pailles flexibles, des ustensiles avec de grandes poignées et des sets de table antidérapants ou des ventouses pour empêcher la vaisselle de bouger sur la table.

Si la personne a des difficultés importantes à utiliser les ustensiles, essayez des aliments de la taille d'une bouchée qui sont faciles à prendre comme des pépites de poulet, des bâtonnets de poisson, des sandwichs tranchés, des bâtonnets de fromage, des segments d'orange, des bâtonnets de carottes, du brocoli cuit à la vapeur, etc...pour aider à améliorer la prise orale.

7.Comment l'aide-soignant peu donner des indices aux personnes atteintes de démence pour la prise des repas pour éviter les fausses déglutition ?

L'aide soignant peut fournir certains signes ou indices visuels, verbaux, sensoriels et physiques qui peut être très efficace pendant les repas. Les signaux visuels peuvent être aussi simple que de manger avec la personne pour lui rappeler que c'est l'heure du repas, de fournir un contact visuel ou d'utiliser des aides à la mémoire pour lui rappeler son horaire de repas. Des plats de couleurs différentes de l'aliment peuvent aider la personne à distinguer l'aliment plus facilement. Des incitations verbales claires et faciles à comprendre peuvent également être nécessaires. Selon les capacités linguistiques de la personne, cela peut signifier donner des instructions très spécifiques telles que «ouvrir la bouche», «mâcher», «aval»; offrant des choix simples tels que «Voulez-vous une soupe ou un sandwich?», ou en posant de simples questions auxquelles on peut répondre par oui / non plutôt que par des questions ouvertes. Les signaux sensoriels, en particulier ceux qui impliquent l'odorat, peuvent aider à préparer la personne à savoir qu'il est temps de manger.

Les personnes atteintes de démence plus avancée peuvent également avoir besoin d'une stimulation physique, signaux tactiles pour aider à amorcer le processus d'alimentation. Cela peut inclure de placer un doigt ou une main sous la main saisie de la personne sur la fourchette et de la guider vers la bouche ou de toucher une cuillère à sa lèvre avant de la nourrir.

Modification du régime :

Pour certaines personnes atteintes de dysphagie, la texture d'un régime `` normal " peut simplement

présenter trop de risques. Auquel cas, des recommandations spécifiques peuvent être données par le SLP sur la modification de la texture ou de la consistance des aliments / liquides, afin de réduire le risque d'étouffement et d'autres complications liées à la dysphagie.

Bien qu'il soit parfois nécessaire d'apporter ces modifications à la texture des aliments ou d'épaissir les liquides, il est important d'essayer de conserver l'apparence d'un régime alimentaire normal, car cela peut préserver le plaisir de la nourriture de votre proche et aider les personnes perceptives ou ayant une mémoire dans les difficultés à reconnaître ce qu'ils mangent. En plus de modifier son régime alimentaire, l'orthophoniste peut travailler avec votre proche pour aider à améliorer sa fonction de déglutition en utilisant une combinaison d'exercices fondés sur des données probantes et de stratégies de déglutition afin d'optimiser sa prise orale et sa sécurité.

CHAPITRE 3 : Rôle de l'aide-soignant au sein de l'équipe pluridisciplinaire

1. Comment la pratique et le rôle de l'équipe pluridisciplinaire et de l'aide-soignant est important chez une personne atteinte de dysphagie?

L'aide soignant et toute l'équipe pluridisciplinaire peuvent mettre en pratique leurs compétences pour améliorer la qualité de vie de ses personnes atteintes de dysphagie. Parfois, si la dysphagie devient sévère, surtout au fur et à mesure que la démence progresse, une nutrition artificielle ou une alimentation par sonde peut-être recommandée pour le patient. Certains médecins peuvent recommander une sonde nasogastrique pour aider à fournir la nutrition par le nez dans l'estomac. Parfois, la nutrition peut également être fournie par voie intraveineuse. Ces types de mesures à court terme sont utiles pour aider une personne ayant des problèmes de déglutition à se remettre d'une maladie aiguë comme une infection des voies urinaires. Une solution plus permanente est une sonde d'alimentation PEG gastrostomie endoscopique percutanée, qui peut être recommandée par le médecin. Il existe actuellement de nombreuses preuves scientifiques disponibles pour nous dire que la nutrition artificielle telle que l'alimentation par sonde PEG n'améliore pas les résultats des patients ou la qualité de vie des patients atteints de démence avancée qui ont une consommation orale réduite. Lorsque des difficultés alimentaires surviennent, les sondes d'alimentation ne sont pas recommandées pour les personnes âgées atteintes de démence avancée. Une alimentation manuelle prudente doit être proposée, car il a été démontré que l'alimentation manuelle est aussi bonne que l'alimentation par sonde pour les issues de décès, de pneumonie par aspiration, d'état fonctionnel et

de confort. Les efforts visant à améliorer l'alimentation orale en modifiant l'environnement et en créant des approches d'alimentation centrées sur le patient devraient faire partie des soins habituels pour les personnes âgées atteintes de démence avancée. Prendre soin d'une personne atteinte de dysphagie et de démence présente un ensemble de défis uniques et difficiles. Les soignants doivent consulter des orthophonistes et des médecins pour discuter des options de gestion, de nutrition et d'hydratation de la dysphagie, les meilleures et les plus sûres pour le patient en gardant à l'esprit les directives préalables, la gravité de la maladie et ce que le patient voudrait pour lui-même. Avec la formation, les connaissances et le soutien appropriés; les aidants peuvent améliorer considérablement la qualité de vie des patients atteints de démence. Quel que soit le diagnostic, chaque individu mérite de s'alimenter dignement.

2. Comment le rôle de l'aide-soignant peut-il contribuer dans l'équipe pluridisciplinaire concernant les personnes atteintes de dysphagie ?

L'aide soignant détermine les besoins perturbés et les actions à mettre en place pour compenser le handicap ou la pathologie de la personne. Les outils utilisés sont: le projet personnalisé, le plan de soin, les 14 besoins de Virginia Henderson, aider et accompagner dans la vie quotidienne les personnes vulnérables. L'aide soignant assure des soins de la continuité de la vie, il évalue l'état clinique de la personne âgée. Il joue un rôle d'observateur et d'alerte soucieux de tous signes d'alertes. Il met en place des soins adaptés à la personne et procède à l'évaluation régulière des soins. L'aide soignant accompagne en réalité toute l'équipe pluridisciplinaire dans sa pratique et son observation des personnes atteintes de dysphagie et participe à l'évolution des soins.

3. Comment l'aide soignant peu pratiquer la manœuvre d'Heimlich en cas d'obstruction des voies aériennes ?

Il existe la manœuvre de Heimlich qui permet d'évacuer un corps étranger. On effectue cette manœuvre si les claques dans le dos ne suffisent pas. Il faut tout d'abord pencher légèrement la personne en avant en se tenant derrière elle, former un point avec une main et mettre ses bras autour de la personne. Placez votre poing entre le nombril et l'extrémité inférieure du sternum, bien au centre de l'abdomen, saisissez ce poing avec l'autre main. Enfoncez votre poing brusquement vers le haut, comme pour soulevez la personne.

4. Comment l'aide-soignant peut améliorer la qualité des repas et faire apprécier les repas aux personnes atteintes de dysphagie ?

Voici quelques astuces pour aider les personnes atteintes de dysphagie à apprécier leur repas. Pour des textures onctueuses et sans morceaux, il est préférable de mixer les aliments dans un bol. Pour s'assurer que la préparation soit vraiment liée, n'hésitez pas à ajouter une sauce au fromage, aux épices, à la crème ou un jus de cuisson, de tomate... Petite astuce logique mais importante, si des aliments comportent des grains, de la peau, des pépins, n'oubliez pas de filtrer avant de mixer le tout. Notamment lors de la préparation de verrines de crudités ou encore de smoothies et jus de fruits. D'ailleurs, pour une meilleure conservation des préparations à base de fruits, vous pouvez y verser du jus de citron. Pour les purées, de pomme de terre surtout, ajoutez du lait, du jus de cuisson, ou tout autre liant afin d'éviter une texture collante. Épaissir une préparation est simple. Vous pouvez avoir recours à de l'amidon : biscottes concassées, farine, maïzena, semoule fine, poudre d'amande ou encore un œuf entier pendant que le plat est en cours de cuisson. Pour fluidifier, la réponse est encore plus simple : de l'eau, du bouillon, du lait ou du jus jusqu'à obtention de la texture. Et enfin pour éviter une texture trop sèche, le jaune d'œuf ou un peu de gras peuvent beaucoup vous aider : beurre, crème fraîche, crème de soja, huile d'olive... Nous avons en réalité des solutions alternatives pour faire apprécier les repas aux personnes atteintes de dysphagie, il ne faut pas oublier que le repas est un moment important de plaisir, surtout pour les personnes atteintes de dysphagie qui n'ont plus la possibilité de manger certains aliments.

5. Comment l'aide-soignant peut prévenir la dénutrition chez les personnes atteintes de dysphagie ?

Souvent quand on parle de personnes atteintes de dysphagie, on remarque parfois des carences chez ces personnes mais la dénutrition ne signifie pas que cette personne est en sous-poids. Certaines personnes âgées en surpoids peuvent tout à fait souffrir de dénutrition. La dénutrition relève d'un apport en calories, protéines, vitamines et minéraux insuffisant pour préserver la personne concernée en bonne santé. La dénutrition chez les personnes âgées a un impact néfaste sur la cicatrisation, entraîne un déclin de tonus musculaire, et réduit grandement la qualité de vie. Elle est aussi liée à une augmentation des risques infectieux, des séjours en hôpital prolongés et augmente les risques de mort. Il y a la dénutrition aiguë et la dénutrition chronique. La dénutrition aiguë est toujours liée à une pathologie, une intervention médicale ou un traumatisme, soit un événement lui-

même aigu. La dénutrition chronique va, elle, être plus souvent liée à un état psychologique, des conditions socio-économiques, ou simplement à l'âge qui modifie les besoins nutritionnels. En effet, une modification des besoins nutritionnels à cause du vieillissement, d'une opération ou d'une infection augmente le risque de dénutrition si l'on ne mange pas plus ou même moins. Avec l'âge, nos 5 sens deviennent aussi moins aiguisés, le goût et l'odorat n'en sont pas épargnés ! Perdre ses facultés gustatives entraîne bien souvent une baisse d'appétit. Il n'est pas non plus toujours simple de confectionner des plats faciles à déglutir et à les faire varier. Cela nécessite des adaptations spécifiques en termes de préparation des aliments. C'est le cas notamment de la cuisine à texture modifiée, qui n'est pas toujours à la portée de tous. Ce qui entraîne surtout de gros problème par la suite : une perte de poids inhabituelle et non volontaire, une baisse d'appétit, des portions plus petites ou des repas moins fréquents, une faiblesse du corps, des chutes plus fréquentes, une baisse d'énergie ou une fatigue notoire, une cicatrisation plus longue pour les plaies. Qu'importe leur taille et la régularité des soins. Pour prévenir ses problèmes l'aide soignant peu privilégier les portions de viandes, poisson ou œufs. Au moins 1 à 2 portions par jour et donner 3 à 4 laitages par jour. Il existe différents laitage : yaourt, petits suisses, fromages, verre de lait, etc...

Il existe aussi d'autres protéines : le pain, les céréales, les légumes secs, etc... Le mieux serait d'accompagner ceci d'une activité physique régulière, si possible par un kiné. L'aide soignant doit éviter l'isolement qui peut accentuer la malnutrition : manger seul ne facilite pas la prise alimentaire. Les foyers de personnes âgées organisent des sorties ou des repas en groupe. Inviter des amis ou de la famille ou une auxiliaire de vie pendant les repas. Les problèmes de dentition jouent aussi un rôle important : il faut les prendre en charge et adapter les textures des plats. Il faut aussi faire attention à assaisonner les plats (sels, poivre, épices, condiments) pour éviter qu'ils soient trop fades. Il est important que l'aide-soignant fasse parfois une peser des patients/résidents une fois par mois et si celui-ci diminue sans raison apparente. Il faut faire attention et en parler avec l'équipe pluridisciplinaire. Pour prévenir la perte d'appétit l'aide-soignant peut aussi donner plusieurs petits repas en ajoutant des collations, fractionnez les repas en consommant le dessert une à deux heures après, privilégiez les aliments que la personne aime, prendre soin de la préparation ainsi qu'à la décoration des plats, manger dans le calme en prenant son temps avec la personne, faire boire plutôt en dehors des repas pour éviter de rassasier trop vite la personne et bien-sûr pour apporter suffisamment de protéines et de calories dans la journée. Il est nécessaire d'enrichir les préparations avec de la poudre de lait écrémé, fromages fondus, jaunes d'œufs, crème fraîche, lait...

6. Comment l'aide-soignant peut-il observer certain signe de la dysphagie ?

L'aide-soignant a un rôle d'observation très important, il doit être habilité à identifier certains signes révélateurs d'un problème de déglutition. Tous changements dans les manières de manger et boire de la personne peuvent être révélateurs. Les crachats, toux ou élimination de la gorge, une voix humide ou gargouillante, les aliments qui collent dans la gorge, le liquide qui remonte par le nez ou la bouche, le besoin de plus d'effort pour avaler, la difficulté à mâcher, le besoin de plus de temps pour terminer un repas, et bien sûr la perte de poids sont importants et ne sont pas à exclure. Toutes ses observations que peut remarquer l'aide-soignant sont très importantes pour le suivi de la personne et pour déceler un problème concernant les troubles de la déglutition.

7. Comment l'aide-soignant peut-il avoir un rôle de soutien concernant la famille ?

Les familles sont tout aussi importantes concernant les habitudes alimentaires, il est donc primordial d'informer sur la déglutition et la prévention des familles. Il ne faut pas oublier que la famille est parfois la dernière chose à quoi s'attache les personnes en fin de vie, la famille est un groupe solidaire d'appartenance, composé des personnes que l'on aime, c'est une ressource essentielle pour le patient. Le patient et sa famille doivent être considérés comme une entité.

La maladie réveille toujours une angoisse et la présence de la famille rassure et reconforte la personne, on ne peut pas séparer les deux. Toutes les études réalisées à ce jour montrent que la famille joue un rôle irremplaçable auprès du patient dès lors que celle-ci est conditionnée pour être une source de bonheur et non d'un stress supplémentaire. Le soignant ne doit pas se réfugier derrière son statut, et par là même manquer à ce qui fait la vérité du soin. À savoir : écouter les malades et/ou leur famille, écouter simplement leurs souffrances et la maladie qui les emprise. Ce qui est important en tant qu'aide-soignant est d'accueillir l'autre dans la bienveillance, comprendre et avoir de l'empathie envers la famille. Aider, accompagner, c'est permettre à la famille d'exprimer ses émotions. Mais le soignant ne peut pas savoir ce qui est bon pour la personne, chaque personne est unique, ce qui est bon pour le soignant n'est pas forcément bon pour la personne. Le but est de construire en réalité une histoire avec le patient et la famille. Comme nous avons pu l'observer, l'aide-soignant dans sa partie pratique a un rôle essentiel dans l'équipe pluridisciplinaire, dans la relation du patient et sa famille. Son observation, ses conseils, son empathie et ses compétences professionnelles font de lui quelqu'un d'indispensable au sein de l'équipe. Voici la conclusion.

Conclusion

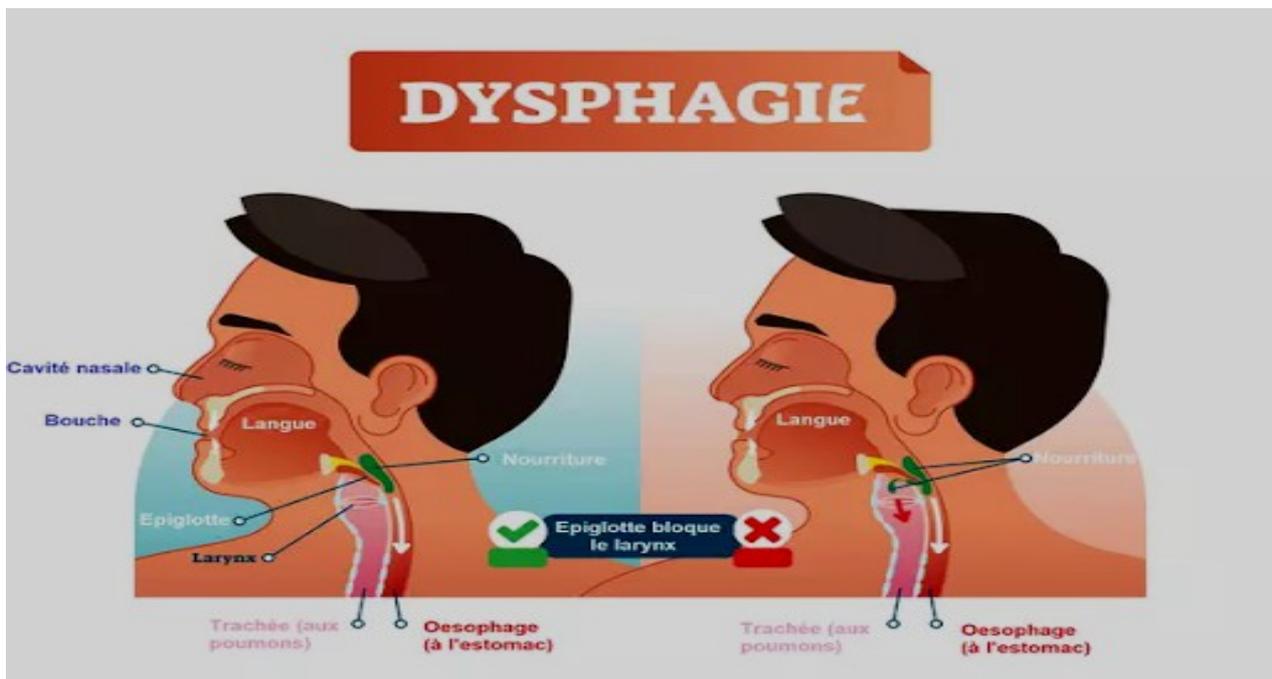
Pour conclure sur le sujet : "quels sont les rôles et pratique professionnel de l'aide-soignant auprès des patients/résidents présentant un trouble de la déglutition" nous pouvons dire que c'est une question aux réponses multiples et complexes. À travers cette épreuve intégrée, nous souhaitons surtout comprendre quel est le rôle de l'aide-soignant dans la vie quotidienne des patients et des résidents. Nous avons pu constater que l'aide-soignant avait une grande importance, que ce soit pour les soins ou pour l'accompagnement des personnes âgées. Notre observation et notre analyse jouent un rôle important dans l'équipe pluridisciplinaire car nous sommes aussi présents pour la sécurité des patients et résidents. Nous restons également à l'écoute des personnes, laisser le choix est important. Ainsi favoriser l'autonomie et laisser faire la personne n'est pas une mauvaise chose car il faut leur donner confiance en eux et les stimuler sans les forcer. Ce travail m'a permis de mieux comprendre le comportement à adopter concernant les personnes âgées. Être aide-soignant, c'est avant tout être humain, avoir le sens de l'écoute, de l'empathie, de la patience et de la disponibilité. Ce sont des qualités nécessaires pour entretenir de bonnes relations avec les patients, apaiser leurs angoisses et les placer dans un climat de confiance et de sérénité. Bien sûr, je tiens à rajouter qu'un aide-soignant ne serait rien sans l'équipe pluridisciplinaire. L'aide-soignant doit être en mesure de travailler en collaboration avec ses collègues des services infirmiers et médicaux. Finalement les Savoirs, Savoir être, Savoir faire et Savoir d'appartenir sont toujours liés et sont des points essentiels au métier d'aide-soignant.

Annexes

Annexe 1 :

Les points importants à retenir :

La dysphagie peut provoquer des fausses routes, c'est-à-dire que les aliments ingérés passent dans les voies aériennes au lieu des voies digestives. En général, ce passage déclenche un réflexe de toux qui permet de dégager les voies aériennes. Dans certains troubles de la déglutition, ce réflexe peut être diminué ou absent. Il y a un risque d'étouffement ou d'infection pulmonaire. Un patient qui a un trouble de la déglutition peut réduire considérablement ses prises alimentaires : perte de l'envie de s'alimenter, peur de manger et donc diminution de la prise alimentaire. Il y a alors un risque de dénutrition et/ou de déshydratation. Normalement, lorsqu'on avale des aliments ou des liquides, nos voies aériennes sont fermées. Mais une personne qui souffre de dysphagie a un défaut de fermeture des voies aériennes : le clapet l'épiglotte qui ferme la glotte au niveau du larynx ne peut plus se refermer à temps ou n'est plus capable de se refermer, ainsi, des micro-particules, solides ou liquides, peuvent y pénétrer et atteindre les voies respiratoires au lieu d'aller dans l'œsophage qui est la voie alimentaire comme vous pouvez le voir ci-dessous :



Annexe 2 :

Les signes et symptômes avant-coureurs :

Comment reconnaître la dysphagie | signes et symptômes

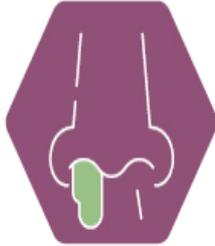
Signes physiques



Difficulté à enclencher une déglutition ou plusieurs tentatives pour avaler une bouchée



Étouffement ou toux en mangeant ou en buvant



Nourriture ou boisson passant par le nez ou la trachée



Nourriture ou boisson sortant de la bouche en mangeant ou en buvant



Difficulté à avaler la salive menant possiblement à un écoulement de salive



Grande quantité d'aliments restants dans la bouche ou la gorge après la déglutition



Voix qui sonne comme un gargouillis ou qui sonne « humide » après la déglutition



Déglutition douloureuse



Infections fréquentes des voies respiratoires ou pneumonie de déglutition



Perte de poids liée à une consommation réduite d'aliments et de boissons

Signes comportementaux



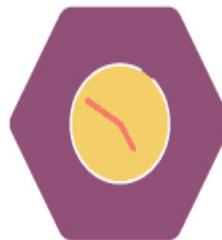
Changement soudain ou graduel dans les habitudes de consommation d'aliments ou de boissons



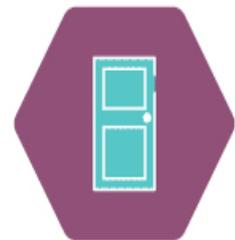
Refus de manger



Évitement de certains aliments ou boissons



Beaucoup de temps pour manger ou boire



Isolement social ou désir de manger seul

Annexe 3 :

Les différentes causes de la dysphagie :

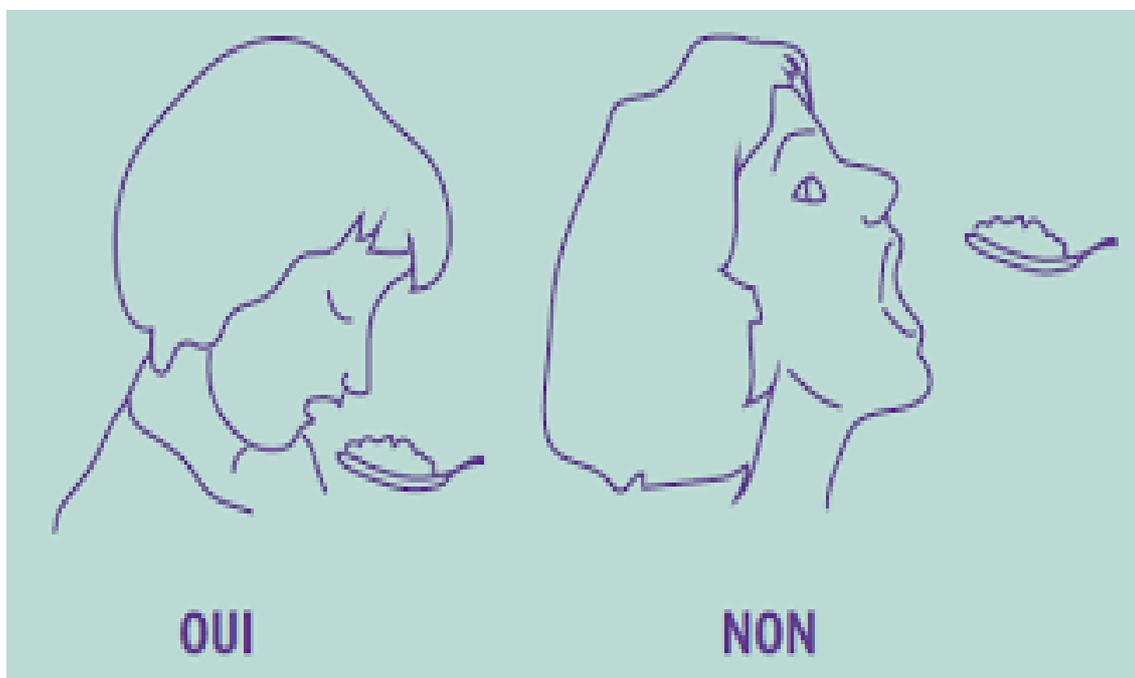
La dysphagie est souvent causée par une maladie qui touche les nerfs et les muscles de la langue, de la bouche et de la gorge et qui entraîne des problèmes de coordination ou de maîtrise de la déglutition. Citons certains troubles neurologiques : AVC, démence et troubles neuromusculaires et neurodégénératifs comme l'Alzheimer, la sclérose latérale amyotrophique, la maladie de Parkinson et la sclérose en plaques. L'accident vasculaire cérébral AVC est la cause la plus fréquente de dysphagie chez les patients de plus de 65 ans.



Annexe 4 :

La position à adopter avec des personnes souffrant de problèmes de déglutition :

- S'asseoir bien droit
- La tête penchée vers l'avant / le menton vers le bas
- Soutien du côté invalide du corps
- Asseyez-vous au niveau des yeux de la personne ou en dessous
- Placez la nourriture du côté le plus vigoureux de sa bouche
- Asseyez-vous du côté qui permet d'optimiser la sécurité de l'alimentation.
- Prenez en compte une éventuelle réduction du champ visuel et du positionnement de la nourriture.



Annexe 5 :

Comment pratiquer la manœuvre Heimlich en cas d'étouffement :

- Entourez la partie médiane du patient avec vos bras.
- Le poing est serré et placé à mi-chemin entre l'ombilic et la xiphoïde
- Prendre le poing avec l'autre main
- Délivre une poussée ferme vers l'intérieur et vers le haut en tirant fortement avec les deux bras vers l'arrière et vers le haut.
- Répéter rapidement la compression 6 à 10 fois selon les besoins.
- Entourez la partie médiane du patient avec vos bras.
- Serrez un poing et placez-le sur la moitié inférieure du sternum.
- Saisir le poing avec l'autre main.
- Délivre une compression ferme vers l'intérieur en tirant fortement les deux bras vers l'arrière.
- Répéter rapidement la compression 6 à 10 fois selon les besoins.

Attention cette manœuvre ne doit pas être effectuée à la légère car elle peut induire des vomissements, bien que le vomissement puisse permettre de déloger un corps étranger cela ne signifie pas nécessairement que les voies respiratoires ont été dégagées cette manœuvre est donc à faire avec précaution. Si la personne qui s'étouffe peut parler, tousser avec force ou respirer correctement cette manœuvre n'est pas à faire car elle pourrait engendrer des complications.



Sitographie

-<https://nunziaesposito.net/>
-www.tousergo.com
-www.nutrisens.com
-www.nestlehealthscience.fr
-www.agevillage.com
-www.passeportsante.net
-sante.journaldesfemmes.fr
-www.nutripro.nestle.fr
-www.medtronic.com
-www.snfge.org
-www.deuxiemeavis.fr
-www.cairn.info
-www.huffingtonpost.fr
-www.femmeactuelle.fr
-www.concilio.com
-www.parlons-fin-de-vie.fr
-www.ncbi.nlm.nih.gov
-www.soignantenehpad.fr
-www.neuromedia.ca
-<https://readaptation.chusj.org>
-<http://www.imc.apf.asso.fr>
-<https://www.infirmiers.com/>
-www.has-sante.fr
-<https://www.jle.com/>
-orbi.uliege.be
-lesdieteticiens.be
-scholar.google.fr
-www.centre-therapeutique-luttre.be
-chu-brugmann.be
-www.orl-lubi.be
-<https://www.snfge.org>

- <https://www.infirmieres.be>
- <https://etaamb.openjustice.be/>
- <https://www.medecinesfax.org/>

Bibliographie

- Greuillet F, Les troubles de la déglutition chez le sujet âgé. Revue de Gériatrie
- Livre de Virginie Ruglio, Vivre au quotidien avec des troubles de la déglutition
- Livre de Jasmine Chevallier et Pascal Sidobre, Saveurs partagées la gastronomie adaptée
- Dictionnaire médical Larousse

Cours professionnel

- Anatomie et physiologie, Monsieur Vantomme
- Éducation à la santé, Monsieur Vantomme
- Pratique professionnelle, Monsieur Dejonckheere et Madame Minet
- Déontologie et Législation, Madame Père
- Psychologie, Monsieur Lallemand
- Nutrition, Madame Defraeye