

Prendre soin des repas de la personne âgée dysphagique

Le repas, un plaisir... thérapeutique, plein d'aléas

Des attitudes et des comportements soignants

Tout comme il est difficile, sinon impossible, de modifier notre apparence générale, notre taille ou la couleur de notre peau, notre corps véhicule nos sentiments et nos réactions en présence des autres. Par son attitude corporelle et ses mouvements, toute personne transmet ce qu'elle ne peut ou ne veut pas dire par des mots.

La personne âgée est à l'affût des expressions que peuvent révéler le regard du soignant, sa voix et son attitude car elle sait d'expérience que si la parole prend le risque de mentir, le corps lui, ne ment pas :

- **avant toute chose, la qualité du regard va créer le contact** : en échange et parfois en partage.

Un regard soutenu traduit selon les circonstances, l'agressivité, l'amour, l'attirance ou l'intérêt ; un regard fuyant est souvent indice de culpabilité ou crainte ; un regard fixe et des muscles faciaux immobiles indiquent la froideur.

Il est convenu de fixer des yeux une personne qui nous parle : cela indique l'intérêt qu'on lui porte et l'encouragement à poursuivre ; en détournant les yeux, nous indiquons plutôt l'ennui ou le désir de prendre nous-mêmes la parole.

- **ensuite, le ton de la voix** (reflétant les émotions) du soignant va accompagner les mots : les mots peuvent exprimer un message mais le ton transmettre le contraire. Si la voix n'est pas sincère, la personne âgée mettra en doute la crédibilité du message.

- enfin, rien n'est plus réconfortant que **le sourire** : le sourire du soignant est contagieux, c'est une porte ouverte pour communiquer. Il donne au visage son caractère d'accueil.

Priver quelqu'un de signaux de reconnaissance par l'indifférence c'est l'isoler, le dévaloriser ; or les émotions (joie, peine ou anxiété) influencent l'appétit de vivre.

Si on doit aider à faire manger la personne, s'asseoir est un impératif.

Ne jamais faire manger une personne en restant debout : la personne ne voit pas votre visage et est agressée par un objet métallique descendant du ciel, passant devant ses yeux, venant cogner sa lèvre supérieure... alors que normalement quand elle mange le premier contact est avec la lèvre inférieure.

Placer la personne en bout de table ; s'asseoir en se plaçant sur le petit côté (à droite ou à gauche selon que l'on est droitier ou gaucher) ; tenir doucement sa main ; appuyer avec la cuillère sur sa lèvre inférieure.

La posture en écho, tête inclinée de côté, cherche à éveiller l'attention du Résident, facilite

l'échange. Cette attitude traduit l'image d'une écoute accueillante.

Le message silencieux transmis par cette posture permet de témoigner à l'autre des signes de reconnaissance, lui montre qu'il n'est pas seul et qu'il ne nous est pas indifférent.



Le lien corporel a recours aux gestes de la main, par lesquels on ajoute à la parole un appui physique. Des contacts légers sur la main, le bras ou l'épaule du soigné jouent ce rôle essentiel de trait d'union dans la communication.

- La main est touchée en premier lieu car elle a toute la vie initié une rencontre, lors d'une poignée de main.
- Le visage est l'identité même du Résident : la caresse ou le baiser donné sur les joues propres l'atteint au plus profond, éveillant une sympathie émouvante.
- Toucher pour communiquer est acte de sensualité, nourriture affective aussi indispensable et agissante que toute autre nourriture. Acte de désir et de plaisir celui d'être vivant, de le dire.

L'effet du vieillissement sur l'odorat et le goût

« L'âge donne de l'arôme au vin, mais diminue notre capacité de l'apprécier ! »

Le goût du chocolat ou du café par exemple, est une combinaison de quatre saveurs fondamentales dont la plus discriminante est l'amer. Mais, de plus, leur odeur très agréable fait la différence : pour être perçue une saveur doit se combiner à une odeur

☛ Pour la plupart des odeurs **une diminution de perception apparait vers l'âge de 70 ans**, s'accroissant après 80 ans. Dans les deux sexes, **la performance est à son maximum à vingt ans**, puis décline par la suite. Toutefois des études attribuent ce déclin plutôt au tabagisme, à la prise de certains médicaments, ou à une mauvaise hygiène buccale...

Le nombre de bourgeons gustatifs variant d'une personne à l'autre mais pas à cause de l'âge, semble indiquer que **c'est l'intégration cérébrale des sensations qui n'est pas réalisée.**

☛ Les variations gustatives et olfactives se traduisent par une sensibilité accrue au sel des grands vieillards et des personnes prenant des diurétiques : ces personnes évitent les aliments salés et acides. Les médicaments agissant sur le système gastro-intestinal produisent l'effet contraire.

☛ Les personnes âgées ont des préférences ou des aversions moins marquées pour les aliments et certaines ont perdu la capacité de sentir les aliments.

☛ La diminution de la sensibilité gustative, plus marquée pour le salé et le sucré, est moindre que celle de l'odorat. Pour ces personnes, saler ou sucrer abondamment camoufle les goût amer

ou acide.

☛ L'odeur étant une composante importante de la saveur des aliments, la diminution de sa perception se répercute sur le sens du goût.

La dégénérescence du goût est particulièrement aigüe chez les personnes souffrant de la maladie du type Alzheimer.

La culture dont on a été “imprégné” durant la première enfance influence l’adaptation à certains stimuli affectant le goût et l’odorat. De plus, il faut reconnaître le **caractère complexe des aliments** : multiples saveurs, odeurs et autres facteurs qui agissent sur les sens tels que la texture et l’apparence.

Les tests de goût sont faits sur une seule saveur, par exemple le sel ; les réactions aux aliments elles, sont beaucoup plus complexes parce que toutes les saveurs alimentaires sont formées de plusieurs composés chimiques.

Des expériences d’identification d’aliments en purée (pour contrôler la texture) chez des sujets dont on avait bandé les yeux ont montré que les personnes âgées prenaient plus de temps pour identifier l’aliment et faisaient plus d’erreurs que le groupe plus jeune ; les tests d’identification olfactive ont donné les mêmes résultats.

☛ **L’aspect psychologique du goût et de l’odorat, qui est lié à la mémoire**, est très important chez les personnes d’âge mûr. Les réponses aux stimuli sont évaluées par rapport à des valeurs stockées en mémoire et elles dépendront de l’émotion que la sensation évoque.

L’odorat, qui permet d’éveiller de vieux souvenirs, occupe une place privilégiée.

☛ **La mémoire des aliments n’est pas pareille chez les jeunes et les vieux** : différents facteurs ont influencé les personnes nées à des périodes différentes.

Les vieux n’oublient pas la Seconde Guerre mondiale, marquée par le rationnement des aliments.

De nos jours, l’influence de la télévision se fait sentir de plus en plus et partout de nouvelles croyances se forment, influençant les processus décisionnels des gens, y compris leur choix d’aliments.

L’explosion de la technologie alimentaire influe aussi sur les choix alimentaires des jeunes... et des moins jeunes. De plus, la recherche de la bonne forme et de la santé dans tous les groupes d’âge rivalise avec l’arôme et le goût dans le choix des aliments.

Les conséquences du déclin du goût et de l’odorat

L’inaptitude à déceler les odeurs et les goûts désagréables peut empêcher de reconnaître qu’un aliment est avarié et entraîner ainsi une intoxication.

Comme mesure préventive, Gaz de France et les sociétés de gaz en bouteille **ajoutent des composés nauséabonds aux produits normalement inodores**, s’efforçant de trouver une odeur aussi infecte que possible. Toutefois, certaines personnes âgées sont incapables de sentir des odeurs infectes, ce qui met leur sécurité en danger.

Des troubles du goût peuvent nuire à l’appétit comme il arrive souvent chez les malades.

Il y a aussi **un rapport entre la capacité de digérer et celle de goûter.**

Les assaisonnements alimentaires tels les assaisonnements à base de viande, le glutamate monosodique (sapiteur du goût) et le sel, stimulent le goût, **influencent la production de salive, de suc pancréatique, les contractions gastriques et la motilité intestinale.**

A 70 ans, il faudra peut-être deux cuillerées de sucre pour obtenir

le bon goût sucré qu'une cuillerée donnait à 25 ans.
Les déficiences du goût interfèrent dans le choix des aliments, nuisent à la digestion et peuvent conduire à des carences nutritionnelles.

Les personnes âgées qui souffrent d'une déficience du goût et de l'odorat recevront peut-être de l'aide dans quelques années car **de nouvelles saveurs censées accroître le plaisir de manger en stimulant les récepteurs olfactifs sont en cours de recherche** : il se peut que les régions émotionnelles du cerveau en soient plus stimulées et que cette stimulation augmente le plaisir que procurent les aliments.

Suggestions pratiques pour compenser les déficiences

Préalable : l'état bucco dentaire évalué à l'entrée, l'est ensuite **systématiquement chaque année ou au moindre signe comportemental de douleur de la face** lors de la prise d'aliment **ou de refus de s'alimenter**. Le compte rendu du dentiste doit être noté sur **une fiche "État bucco dentaire"** incluse dans le dossier infirmier (état de la denture, chicots, lésions des muqueuses, fonctionnalité du dentier) et accessible à tous les soignants.

— Il faut soigner les **allergies et les rhumes** afin d'éviter une perte d'odorat qui peut influencer l'appétit.

— Une bonne **hygiène personnelle**, y compris l'hygiène buccale, et l'utilisation de produits de toilette rendront les contacts sociaux plus agréables.

Il arrive qu'une déficience olfactive soit un avantage : on est moins incommodé par les odeurs corporelles, l'haleine.

— La prévention et le contrôle des déficiences gustatives doit comprendre **un apport hydrique suffisant** pour favoriser la formation de salive, une alimentation équilibrée et la correction de carences nutritionnelles (Ex : le zinc, oligoélément).

Pour favoriser la production de salive, **la gomme à mâcher** peut aider (pourvu que l'état des dents le permette) ainsi que le fait de **se rincer la bouche avec un édulcorant à effet prolongé**.

— **L'ajout d'arômes simulés et de stimulateurs de goût** augmente les stimuli de l'odorat et du goût. Mastiquer des aliments en alternance peut aussi permettre d'en améliorer le goût.

— **Il n'y a pas lieu de supprimer indûment le sucre et le sel** dans la nourriture ou les boissons chez les personnes dont l'état de santé ne requiert pas un régime strict.

— **Il faut protéger le plaisir que procurent les aliments en prenant en considération le rôle important des associations de la mémoire avec l'arôme et le goût des aliments.**

Pour le choix des aliments, il ne faut pas oublier que celui-ci est en grande partie tributaire de la mémoire : la sélection des aliments est donc une affaire de choix personnel qui doit être respecté.

— D'autres facteurs sensoriels, comme **la présentation et la texture**, stimulent l'appétit et compensent la diminution du goût et de l'odorat.

La vision d'une assiette remplie "bombée" suscite un certain écoeurément pour le Résident qui a l'impression d'être obligé de se gaver.

— **Éviter de trop insister sur “l’alimentation santé” au détriment du plaisir de manger** : les préférences alimentaires de chacun doivent être respectées dans toute la mesure du possible.

— **Entraîner le goût et l’odorat par des exercices qui proposent une grande variété d’odeurs ou de goûts à reconnaître (Kim goût ou Kim odorat)**

Aider la personne à manger ...

Le but de l'assistance à l'heure du repas est de favoriser le maintien des capacités restantes ou de restaurer les capacités perdues.

Aider la personne âgée à manger ne signifie pas lui donner à manger. C'est plutôt lui fournir l'assistance dont elle a besoin pour se nourrir seule ; tantôt elle n'aura besoin que de très peu d'aide, tantôt il faudra l'assister de façon plus suivie : de l'incapacité de manger de la viande ne découle pas pour autant l'incapacité totale de boire ou de prendre son dessert sans aide.

Aider une autre personne à manger est une activité « intime » qui doit être accomplie dans la dignité et la sécurité. Le soignant n'est pas toujours convaincu de la valeur de cette forme d'assistance.

Dans une unité de soins de longue durée pour personnes âgées, une étude a évalué les connaissances et les attitudes de 22 intervenants, à savoir 9 infirmières, 9 AS et 4 ASH, sur l'assistance aux repas.

Seuls 29 % des répondants ont indiqué que l'intervenant devrait s'asseoir pour donner à manger, les autres estimant, à l'inverse, que s'asseoir est une démonstration de paresse.

Seulement 40 % d'entre eux ont reconnu qu'une personne âgée édentée pouvait manger autre chose que des purées, tandis que 68 % voyaient la nécessité de vérifier la capacité d'avaler de la personne âgée et que 72 % se sont dit en mesure de reconnaître les signes d'un étouffement imminent.

Conseils pratiques

- **Prévoir un cadre** agréable : température adéquate, bonne hygiène buccale, mains propres, lunettes nettoyées, absence de douleur, pas d'odeurs autres que celles de la nourriture, fond sonore doux de musique à cordes (harpe) qui facilite la digestion.

- Éviter de planifier des soins ou des activités pour les heures des repas et s'assurer que le Résident est allé aux toilettes avant de manger.
- Une télévision qui reste allumée pendant le repas risque d'empêcher le Résident de se concentrer sur la tâche qui l'occupe.
- Les émotions comme la colère, l'anxiété et la peur peuvent non seulement rendre désagréable la période des repas, mais elles sont aussi susceptibles, par la stimulation du système nerveux sympathique, de ralentir la digestion .

- **S'assurer que la personne peut voir son assiette et en apprécier les arômes et les parfums** ; régler la hauteur de la table en conséquence.

- **S'assurer que la personne est capable d'ouvrir les emballages** et qu'elle comprend que

les cartons renferment des boissons (habituelles à boire au verre ou à la tasse, certaines personnes ne reconnaissent pas le lait en carton, même si la boîte est munie d'une paille).

- **S'assurer que la personne est en mesure de se servir de ses couverts.**

- **Ne pas presser la personne.** Sa lenteur d'action peut avoir été accentuée par la prise de médicaments ou par une sécheresse de la bouche ; elle peut « oublier » d'avaler ce qu'elle a bien mastiqué et peut avoir besoin qu'on le lui rappelle ou qu'on lui offre une gorgée de liquide.

- Pour éviter de fatiguer la personne, lui **présenter un plat à la fois** : potage, plat principal, dessert.

- Offrir des **repas “culturellement acceptables”**, c'est-à-dire qui se rapprochent le plus possible des repas habituels du Résident.

- **Ne pas abuser des mixés** ; une nourriture molle aura plus de goût.

- **Encourager parents et proches à lui apporter ses plats favoris et, à l'occasion, à l'aider à @manger.**

- Offrir un **choix de menus** ; le fait de décider soi-même ce que l'on va manger stimule l'appétit. - Encourager la personne par la parole et par le toucher.

Eaton et ses collaboratrices (1986) ont étudié les effets du toucher sur les habitudes alimentaires de 42 personnes âgées vivant en établissement et atteintes de démence. Pendant les repas, on a encouragé verbalement chaque personne à manger tout en lui touchant légèrement l'avant-bras. Chaque personne appartenant au groupe expérimental a donc reçu au total, à chaque repas, environ une minute d'encouragement physique étalée sur une heure. Dans ce groupe, l'ingestion de nourriture a augmenté de façon significative sur le plan statistique non seulement pendant la « semaine du toucher », mais aussi pendant la semaine qui a suivi .

Faire manger la personne...

À domicile ou en établissement, faire manger une personne qui ne peut plus se nourrir est une expérience difficile... pour les deux participants. Se faire donner à manger est source de gêne, de frustration, d'impatience et d'impuissance, alors que donner à manger peut susciter un certain désagrément.

L'heure du repas pour les Résidents qui ne peuvent manger seuls est une véritable épreuve.

On reproche au personnel d'être rapide, machinal et sans égard pour la dignité de la personne.

À sa décharge, le personnel invoque le manque de temps. Il est vrai qu'il faut du temps pour nourrir une autre personne et encore plus si elle mange lentement ou malproprement.

Un enregistrement vidéo des comportements, pendant 29 repas, de 10 Résidents souffrant de troubles cognitifs et de 11 intervenants a permis de relever **deux types de comportements** : les comportements des **Soignants qui incitaient les Résidents à manger** ; les comportements **des Résidents qui appelaient une intervention de la part des soignants.**

1 - Comportements des soignants incitant les Résidents à manger : placer la nourriture dans la cuillère, se pencher vers le Résident, appeler le Résident par son nom, le toucher.

Comportements des Résidents qui ont suscité une intervention des soignants: se pencher en avant, essayer d'atteindre la nourriture, relever la tête, ouvrir la bouche et attendre.

2 - Comportements des soignants qui ont eu pour effet de maintenir l'activité : parler au Résident, se concentrer sur la nourriture, lui donner à boire entre les bouchées, tenir la cuillère près de sa bouche, le toucher souvent et le serrer dans ses bras.

Comportements des Résidents qui ont entretenu l'assistance des soignants : en les regardant, en leur parlant et en maintenant un contact physique.

3 - Comportements des soignants qui ont découragé les Résidents de manger : lorsqu'ils manquaient d'attention pour le Résident, interrompaient souvent le repas, quittaient le Résident pour aller en aider d'autres et retiraient le plateau.

Comportements des Résidents qui ont découragé les soignants de proposer leur aide : recracher la nourriture, refuser d'ouvrir la bouche et repousser la cuillère de la main.

QUELQUES SUGGESTIONS UTILES

- **L'affectation du même soignant** auprès du même Résident permet progressivement au soignant de décoder les comportements de la personne et de lui offrir une assistance adaptée. Pour le Résident, entendre la même voix, manger au même rythme, avoir le même contact, rassure et stimule. Ces repères relationnels soignants sont des marques d'attention affectueuse qui font du repas un moment privilégié de plaisir.

- **Protéger les vêtements de la personne** ; parler de serviette plutôt que de bavette ou de bavoir.

- **Ne pas mâcher de la gomme** pendant la conversation, ni parler à une tierce personne pendant qu'on donne à manger au Résident.

- **Se concentrer sur celui à qui l'on tend une bouchée**, si l'on doit absolument aider plusieurs Résidents à s'alimenter.

- **Varié la présentation des aliments tout au long du repas** en donnant, par exemple, une bouchée de viande, suivie d'une bouchée de légumes et ainsi de suite.

Nombreux sont ceux et celles qui, toute leur vie, ont systématiquement évité les mélanges, préférant manger leur portion entière de pommes de terre, par exemple, avant d'entamer un autre aliment. Si la personne âgée n'est pas en mesure d'indiquer sa préférence, s'en enquérir auprès de la famille.

- **Ne jamais mélanger les aliments en un tout méconnaissable.**

- **Ne pas oublier qu'une personne qui ne peut manger seule n'est pas pour autant atteinte de troubles cognitifs** ; en reconnaissant, au moins pendant qu'on lui fait face, qu'elle peut prendre plaisir à manger et qu'elle est capable de communiquer avec autrui, on peut non seulement stimuler son appétit, mais aussi préserver son estime de soi.

- **S'asseoir à ses côtés** pour lui donner à manger permet à la personne de voir qu'on lui tend la

nourriture et l'aide à se détendre ; de plus, le fait que le soignant soit assis permet de présenter la nourriture de façon plus naturelle car la personne âgée, comme tout le monde, a l'habitude que son assiette soit située en contrebas de son visage.

- **Éviter de cogner avec la fourchette ou la cuillère contre les dents de la personne.**

- **Utiliser de préférence une cuillère à thé**, car elle permet un meilleur dosage de la nourriture qu'une cuillère à soupe .

L'aspect d'une cuillère à soupe remplie "bombée" suscite un certain écoeurément pour le Résident qui a l'impression d'être gavé . En plus, l'excédent de nourriture tombe sur ses vêtements... et après le repas on l'accuse d'être malpropre !

- **Éviter de présenter une paille sèche à une personne qui a les lèvres sèches** ; il est facile d'en mouiller l'embout avec la boisson proposée, avant de la placer entre les lèvres de la personne

- **Essuyer les lèvres et le menton de la personne à l'aide d'un linge humide et lui enlever sa serviette avant qu'elle ne quitte la salle à manger.**

Il n'est pas admissible qu'on renvoie les Résidents à leur chambre, où ils doivent attendre qu'un autre membre du personnel vienne leur essuyer le visage et faire disparaître la serviette souillée par les aliments...

- **N'affecter qu'un seul membre du personnel** au groupe de Résidents qui n'ont besoin que d'une assistance verbale.

- **Accepter que des Résidents bénévoles donnent à manger à d'autres Résidents**, d'une part, pour favoriser l'estime de soi des premiers et, d'autre part, pour prêter main-forte au personnel .

Il ne fait aucun doute que le Résident qui aide volontiers une autre personne à manger satisfait de la sorte une partie de son besoin de s'occuper de manière à se sentir utile. Il est entendu que les deux parties doivent être consentantes.

Aider les personnes ayant des problèmes de déglutition

La dysphagie, trouble de la déglutition (acte d'avalier), n'est pas l'apanage de la vieillesse. On la retrouve dans tous les groupes d'âge. Elle existe chez l'enfant et chez l'adulte atteints de malformations congénitales. Cependant, c'est un problème plus fréquent chez les personnes âgées chez qui elle est secondaire à des maladies ou à des causes environnementales dont l'anxiété et la vie en institution.

Des signes qui doivent faire penser à une dysphagie

- une perte de poids ;
- un changement dans les habitudes alimentaires ;
- la présence d'une voix mouillée et rauque après les repas, surtout si elle est accompagnée d'une toux lors de la prise alimentaire ;
- une asymétrie faciale (faiblesse musculaire) ;
- de mouvements exagérés des muscles du cou lors de la déglutition ;

- un écoulement nasal après avoir avalé :
- un écoulement de salive ;
- l'habitude de se racler la gorge après avoir avalé ;
- garder des aliments dans sa joue.

Techniques d'alimentation

Quelle que soit la cause des problèmes de déglutition, les repas sont souvent une période de frustration et d'échec pour le malade et le soignant. Les premières tentatives ne sont pas un mince défi pour ce dernier : il n'est pas encore familier avec les limites du Résident. Même plus tard, le progrès n'est pas toujours constant. C'est donc une adaptation continuelle à chaque repas.

Cot et Desharnais proposent différentes réponses et techniques empruntées à la réadaptation auprès d'enfants handicapés cérébraux.

La personne a-t-elle le contrôle du tronc et de la tête ? Manger lui demande-t-il effort et concentration ?

Appliquer la main sur le front aidera à stabiliser la tête. Il ne faut pas trop insister sur le contrôle volontaire de la tête au cours du repas, afin de laisser le malade se concentrer au maximum sur sa tâche. Si sa tête penche sur la poitrine, la stabiliser en maintenant une main sur le front du malade.

La personne qui nourrit le malade devrait être assise en face de lui, à la même hauteur ou un peu plus bas, afin de l'aider à garder la tête fléchie.

Lorsque la personne sera capable de s'alimenter elle-même, on réglera la table à une hauteur confortable et on disposera les ustensiles et l'assiette à une distance convenable.

Le malade peut-il ouvrir la bouche ?

Il arrive qu'un Résident ne puisse ouvrir la bouche volontairement. Le forcer à ouvrir la mâchoire ne fait que renforcer le mouvement contraire.

Appuyer légèrement sur la lèvre inférieure à l'aide d'une cuillère stimule habituellement l'ouverture de la bouche. Sinon, appliquer une légère pression sur le menton à l'aide d'un doigt, tout en demandant au Résident d'ouvrir la bouche. Frotter le muscle digastrique, le muscle en V sous le menton, peut aussi aider à ouvrir la bouche.

Quelle est la position la plus favorable ?

On enseigne au malade une position sécuritaire. Il ne devrait pas être couché (risque d'inhalation trachéale) mais assis confortablement, les pieds reposant sur le sol, les hanches fléchies à 100°, les genoux à 105°, le tronc aussi stable que possible, la tête dans l'alignement du corps, et légèrement inclinée vers l'avant.



Cette position en légère flexion vers l'avant, favorise le passage du bol alimentaire dans l'oesophage et assure une protection optimale de la trachée par la base de la langue.

Selon Ogg (1975) cité par Cot (1985), la position assise est la plus efficace parce que les forces de gravité assistent le péristaltisme et l'action musculaire de l'oesophage. On ne doit pas exercer de pression sur la partie postérieure de la tête, pour ne pas provoquer de réflexe d'hyperextension.

L'extension du cou empêche ou rend difficile les mouvements musculaires actifs de déglutition.

Si un oreiller est nécessaire, on doit le placer au niveau des épaules.

Est-il capable de joindre les lèvres et de fermer le bouche ?

La plupart des gens ne peuvent avaler si les lèvres restent ouvertes.

Différentes techniques peuvent être utilisées pour stimuler la fermeture : une pression prolongée ou toucher légèrement les lèvres avec un doigt, ou frotter délicatement le tour des lèvres avec un cube de glace 3 ou 4 fois.

Peut-il plisser ou serrer les lèvres comme dans un mouvement de succion ?

Une personne qui ne peut enlever la nourriture d'une cuillère avec ses lèvres à besoin d'aide.

Une paille courte avec une rondelle de tétine afin de maintenir la pression autour des lèvres créera une stimulation sensorielle à ce niveau. (Cot 1985) Des pailles plus longues et des liquides plus épais pourront être utilisés progressivement. La succion dépend de la fermeture des lèvres et de la position de la langue.

L'utilisation de la paille est sujet à discussion.

Donahue, déconseille la paille, parce qu'elle demande au Résident un supplément d'effort avant même qu'il ait dégluti.

Selon Price et Dilorio, boire avec une paille nécessite moins d'énergie de la part du Résident trop faible pour boire à petites gorgées.

Quant à Rubin Terrado et Linkenheld, elles déclarent que la paille n'est utile que si le Résident est capable d'entourer fermement la paille de ses lèvres, et soulignent qu'il faut veiller à ne pas introduire la paille trop profondément dans la bouche.

Selon Kadas, une paille courte demande moins d'effort qu'une paille longue, au Résident dont la force labiale est insuffisante pour assurer une bonne succion. Il va de soi qu'on doit toujours présenter la paille du côté non paralysé de la bouche et, comme pour tout autre Résident, qu'on ne présente pas une paille à sec, sans en avoir au préalable trempé l'embout dans la boisson qu'on lui sert.

Peut-il mouvoir sa langue dans toutes les directions ?

Tous les mouvements de la langue peuvent être favorisés de deux façons : toucher légèrement à l'aide d'un coton-tige, diverses parties à l'intérieur de la cavité buccale vers lesquelles le sujet doit ensuite amener sa langue ; passer un cube de glace sur la langue. On peut aussi frotter avec de la crème glacée le tour de la bouche et faire lécher la lèvre supérieure, la lèvre inférieure et les coins de la bouche ; pousser la langue dans les joues le plus loin possible.

Faire toucher le palais puis les dents du bas avec la pointe de la langue, faire le tour des gencives ; s'il y a protusion de la langue, présenter la cuillère en position médiane, faire une légère pression sur la langue et demander à la personne de fermer la bouche et d'avaler.

Des particules alimentaires s'accumulent parfois d'un côté de la cavité buccale parce que la langue est moins mobile ou que la sensibilité intrabuccale est affectée.

Y-a-t-il sécrétion de salive ?

On peut **stimuler les glandes salivaires avec des saveurs variées** telles qu'on les trouve dans les "amuse-gueule" pour apéritif. La diminution de la salive est souvent causée par certaines médications comme les anticholinergiques chez les parkinsonniens.

On peut éclaircir des sécrétions buccales épaisses et tenaces en badigeonnant la langue du Résident, dix minutes avant le repas, d'un produit pour attendrir la viande à base d'extrait de papaye.

Selon Welnetz, l'action protéolytique de l'enzyme de la papaye (la papaïne) rend la salive plus facile à avaler, à expectorer et à aspirer. (Les produits de ce genre vendus dans les supermarchés en contiennent.) Un comprimé de papaïne placé sous la langue a le même effet éclaircissant sur la salive.

À l'opposé, **quant on veut diminuer la salivation**, on utilise plutôt de la **glace non-parfumée**. On peut ainsi entraîner le malade à contrôler sa salive et à l'avaler périodiquement. Au début, on peut l'aider à avaler de façon automatique en exerçant une pression ferme sur la langue avec une cuillère, sans toucher les lèvres ni les dents.

La personne peut-elle avaler ?

La concentration et l'effort sont indispensables pour avaler et contrer la peur associée à la dysphagie.

Un environnement calme (privé de stimuli comme la radio, beaucoup de monde, un va et vient constant) est important pour la personne dysphagique.

Farber (1974) suggère d'appliquer une vibration avec les mains sur la musculature laryngo-pharyngée, en commençant sous le menton et en descendant de chaque côté du larynx jusqu'à la fourchette sternale.

On peut aussi utiliser la glace avec précaution : laisser pendant quelques secondes un cube de glace dans la fourchette sternale après quoi on essuie et on recommence deux à trois fois. On compte jusqu'à 30 et on demande au malade d'avaler. Attention, il faut éviter le contact trop long avec la glace, pour ne pas causer de douleur ou d'effet désagréable.

Dans les cas de protusion de la langue, on facilite la déglutition des liquides en maintenant la mâchoire de façon à inhiber avec le majeur, le mouvement pathologique de la langue. Le majeur placé sous la mâchoire permet de diminuer la spasticité et la protrusion de la langue.

Dans les cas sévères, on recommande de placer une tasse à rebord sur la lèvre inférieure (et non entre les dents pour éviter le réflexe de morsure). On maintient la tasse dans cette position pendant la déglutition et on ne donne que de très petites quantités.

L'emploi d'une tasse transparente pour les malades incapables de boire avec une paille permet à la personne qui fait manger le malade de contrôler des yeux le niveau des liquides. Il faut la placer aux coins des lèvres et l'incliner légèrement pour que le malade puisse prendre le liquide lentement et à petites gorgées. Il ne faut pas laisser le malade rejeter la tête en arrière lorsque la tasse est presque vide.

La personne est-elle alerte et bien orientée ?

Sinon, le malade peut oublier qu'il a des aliments dans sa bouche et par le fait même oublier d'avaler.

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.

En évaluant l'état mental du malade, pour savoir s'il peut avaler en toute sécurité posez-vous les questions suivantes. Si vous répondez "non" à la plupart de ces questions, ce malade a besoin d'aide pour se centrer sur le processus de manger. Vous avez à structurer son environnement.

- Est-il facilement distrait par l'environnement ?
- Sa mémoire est-elle bonne ?
- Peut-il suivre les consignes ?
- Mâche-t-il correctement ?
- Utilise-t-il les couverts normalement ?
- Utilise-t-il également les deux côtés de son corps ?

Conseils...

- 1 - Tester la température des aliments chauds avant de les offrir au malade.
- 2 - Procéder lentement, par petites quantités.
- 3 - Avant chaque cuillerée, dire au Résident ce qu'il mangera.
- 4 - Si possible, alterner liquides et solides. Cela empêche la nourriture de s'accumuler dans la bouche.
- 5 - Utiliser une petite cuillère ou même un compte-goutte si nécessaire. Ne pas utiliser de seringue à moins d'ordres spécifiques.

Il est déconseillé d'utiliser une seringue pour introduire des liquides dans la bouche, car l'intensité du jet risquerait de faire suffoquer le Résident.
- 6 - 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.
- 7 - Remplir le verre ou la tasse où trois-quart pour éviter que le malade incline la tête vers l'arrière lorsqu'il boit du liquide.

8 - Si le Résident garde la boisson dans sa bouche et que celle-ci ruisselle sur son menton, donner la boisson avec une cuillère à soupe ce qui amorce le réflexe de déglutition.

9 - En donnant des aliments semi-solides et solides, placer de petites quantités d'aliments au niveau des molaires. Surveiller la symétrie de la bouche lorsque le Résident mâche.

10 - Si le Résident est hémiparétique, placer la nourriture sur la langue du côté sain.

11 - Après avoir placé la nourriture dans la bouche, lui dire de se sceller la bouche avec ses lèvres, en l'aidant si nécessaire.

12 - Donner les instructions d'élever la langue, la retirer, garder sa respiration et avaler.

13 - Après chaque bouchée, vérifier si la nourriture s'est accumulée dans la bouche. Si oui, et si le Résident est hémiparétique, 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.

Étant donné qu'un Résident hémiparétique 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 malades dont la VISION est affectée par un accident cérébro-vasculaire

- Placer le plateau de sorte qu'il puisse voir ses aliments du **côté sain** de sa vision.
- Si le Résident a besoin d'être nourri, **s'asseoir dans son champ de vision**.
- Placer **un plat à la fois en face du Résident** pour diminuer les distractions.
- **Parler le moins possible, se restreindre aux instructions ou consignes**. Vous ferez la conversation après le repas.
- Si vous n'êtes pas certain que le Résident avale, **surveillez sa gorge**. Si le larynx s'élève et s'abaisse, le Résident avale.
- Les malades ayant des **troubles de l'hémisphère cérébral gauche peuvent avoir de la difficulté à comprendre les consignes** : montrez-leur 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. Exemple : « Prenez une bouchée ; maintenant mâchez ; retenez votre respiration ; avalez là maintenant. »

Chez la **victime d'un AVC**, les auteurs s'accordent à dire que **l'intervenant doit introduire la nourriture du côté non paralysé de la bouche et déposer les aliments sur le côté indemne de la langue**.

Détail important : selon l'aire cérébrale atteinte par l'AVC, le côté intact du pharynx ne se situe pas nécessairement du côté de l'hémicorps non paralysé. Il est donc essentiel que le plan de soins individuel précise le côté paralysé du pharynx de sorte que les intervenants sachent clairement comment s'y prendre pour donner à manger à leur Résident.

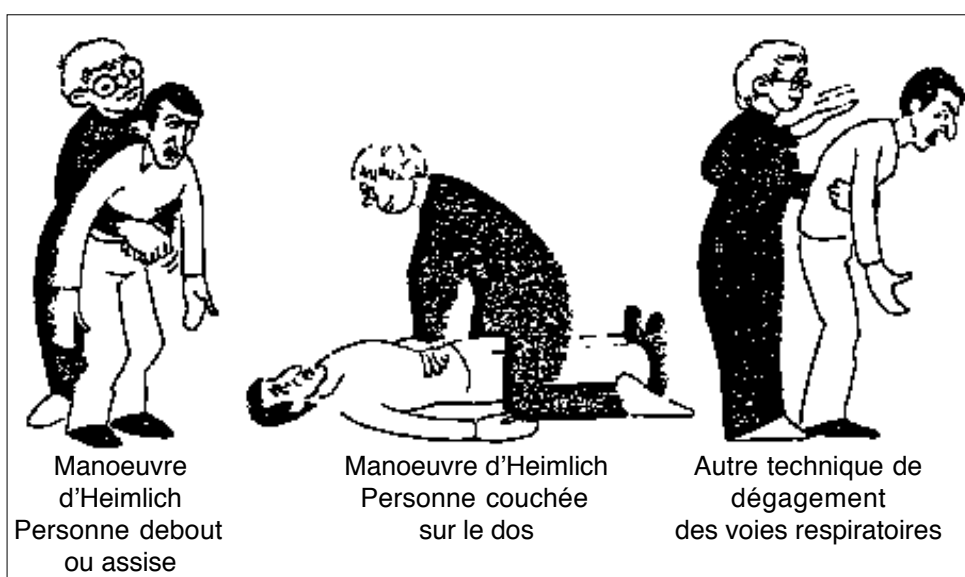
Précautions générales avant d'alimenter un Résident dysphagique

- Établir la **présence ou l'absence du réflexe de vomissement et du réflexe de toux** avant d'administrer quoi que ce soit par la bouche et ce afin de prévenir une inhalation trachéale ou une pneumonie d'inhalation, comme par exemple en cas d'absence totale de ces réflexes.
- Ne commencer **l'ingestion d'aliments que si le malade est vigilant.**
- **Nettoyer et hydrater la cavité buccale** avec des cotons-tiges citronnés afin de prévenir l'infection et pour provoquer la salivation. Les soins de bouche doivent précéder et suivre le repas. Après le repas, on enlève les restes d'aliments.
- Une **infirmière, munie de l'appareil à aspiration, doit se tenir prête à intervenir** en cas d'inhalation trachéale.
- Bien **positionner** le malade.
- **Après le repas, le malade doit demeurer assis 15 à 30 minutes** afin de prévenir une inhalation trachéale par reflux gastro-oesophagien.
- S'assurer qu'un malade possédant des **dentiers** les porte et en vérifier l'ajustement et le confort.

L'ajustement des prothèses dentaires mérite une attention particulière. Une fois la prothèse supérieure en place, le Résident ne peut plus toucher directement le palais avec sa langue et connaître ainsi la position des aliments dans sa bouche.

Aussi, pour certaines personnes dysphagiques, il peut être plus facile de manger sans dentiers.

- Savoir pratiquer la Manoeuvre d'Heimlich



En cas d'étouffement alimentaire, cette méthode simple peut sauver la vie. Elle consiste à exercer une forte pression sur l'abdomen afin de forcer le diaphragme à se contracter vers le

haut et de faire ainsi jaillir l'aliment hors des voies respiratoires.

Lorsqu'il s'agit de liquides, on administre quelques tapes dans le dos, de bas en haut.

Quels aliments ?

Les nutritionnistes insistent beaucoup sur la présentation des aliments, soulignant qu'ils doivent être agréables à voir, à sentir et à goûter... et plaire au malade.

On s'efforce de sélectionner des aliments dont le goût, la température, la texture, la pression et la stimulation olfactive favorisent la salivation, laquelle facilite le déclenchement de la déglutition. Les aliments amers, salés ou sucrés favorisent davantage la déglutition que les aliments fades.

Le but étant de redonner au malade le goût de manger, on tente de lui faire apprécier la nourriture, de commenter avec lui les mets servis, de les lui faire sentir ou mieux, humer avant de les lui offrir. On cherche alors non seulement à stimuler mais aussi à détendre, à dépasser le peur liée à l'alimentation orale.

La température des aliments constitue également un facteur de stimulation si elle est plus chaude ou plus froide que la température de la bouche. Le froid est généralement plus efficace et moins dangereux.

On peut augmenter la stimulation par le froid en utilisant une cuillère glacée (placer sur le plateau un bac à glace contenant deux ou trois cuillères à utiliser en alternance).

Il est nécessaire de noter les quantités absorbées à chaque repas car, au fur et à mesure des progrès, le régime devra être rééquilibré si on veut éviter la suralimentation. La diététicienne sera la personne ressource dans ce genre de décision.

La déglutition de la salive peut d'abord être stimulée à l'aide d'un coton tige de glycérine au citron. On demande au malade de garder quelques instants le coton-tige dans la bouche, ce qui provoque normalement la salivation à cause du goût acide et on l'habitue ainsi à suivre la séquence des mouvements de déglutition.

Des **aliments du genre aspic** (plat composé de viande ou de poisson froid en gelée) sont très utiles au début. L'agar-agar (ou la gélatine) parfumé, comme tout aliment sucré, a pour inconvénient de provoquer une salivation importante et difficile à contrôler, contrairement à l'aspic (boeuf, tomates et autres légumes) qui lui est donc préférable.

Des fruits acides en purée tels que prunes ou abricots (toujours à cause de la salivation, qui est d'autant plus forte et visqueuse que les fruits sont sucrés) peuvent être essayés ensuite.

Dès que ce type d'aliments est bien toléré, il est possible d'introduire des liquides épais tels que des jus de tomates et des soupes-crèmes.

Des fruits en conserve, coupés en petits morceaux, constituent des aliments semi-solides assez faciles à contrôler même pour les malades qui ont une sensibilité diminuée et un réflexe de déglutition faible.

Après avoir entraîné le malade à avaler divers types de solides en purée (légumes, viande hachée) il faut dès que possible, introduire ces aliments entiers car lorsqu'on les écrase on détruit toutes les fibres, provoquant parfois des selles liquides. Des solides doux, comme les salades d'oeufs, peuvent servir de transition.

Les aliments solides qui nécessitent une mastication complète (comme la viande ou le pain) sont souvent mal tolérés. Les aliments semi-solides, en revanche, sont plus faciles à absorber, s'ils sont suffisamment humides pour ne pas s'émietter et suffisamment secs pour former un bol alimentaire. Cependant, certains semi-solides sont à éviter parce qu'ils sont, selon Price et Dilorio, collants et susceptibles de favoriser la production de mucus, notamment le beurre d'arachides, le pain de mie, le lait, le chocolat et les bananes.

Si l'on veut travailler spécifiquement la mastication, on peut commencer par les fruits en morceaux (conserve) pour suivre avec les salades d'oeufs, puis en venir aux aliments fibreux (viande, salade). Parmi les viandes, le poulet semble un des plus faciles à mastiquer. Le hamburger est un des plus difficiles à contrôler.

On introduit ensuite des liquides de plus en plus clairs, en petites quantités au début. Il faut noter que le lait et les produits laitiers entraînent la production d'une salive épaisse, difficile à contrôler, contrairement aux liquides gras comme le bouillon de boeuf.

Il est important d'attendre la dernière minute avant d'ajouter l'épaississant au liquide; autrement, il risque de trop épaissir avant d'être servi.

L'eau est la chose la plus difficile à avaler généralement, pour le dysphagique. Elle demeure longtemps dangereuse car elle est particulièrement malaisée à contrôler, vu son absence de goût et de consistance.

À la personne qui tolère les liquides clairs, on proposera un jus de fruit sans pulpe, plus facile à avaler que de l'eau parce que, comme l'eau n'a pas de goût, la personne dysphagique a plus de mal à déceler sa présence dans la bouche.

Larsen soutient qu'il faut présenter les liquides et les solides séparément. En essayant de "faire glisser" le bol alimentaire avec du liquide, on augmente le risque d'inhalation trachéale. Au fur et à mesure qu'on note des progrès, on augmente la quantité et la variété, introduisant des aliments à texture de plus en plus difficile à contrôler, qui collent, qui s'émiettent, qui ont une consistance mixte comme le gruau ou la soupe de légumes.

Il est déconseillé de présenter simultanément des aliments de consistances différentes, car la personne risquerait d'avalier les solides sans les mastiquer ou encore les liquides risqueraient de s'engager prématurément dans le pharynx avant que la personne ne soit prête à les avaler.

On doit donc donner les comprimés non pas en même temps que les liquides, mais avec des aliments plus consistants.

Si le potage contient des solides, liquide et solides devraient se succéder. Rappelons que le liquide facilite le passage du solide.

La personne dysphagique prend au moins deux fois plus de temps pour manger qu'une autre personne âgée ; la presser ne fait que la rendre anxieuse et l'empêche de manger. Il doit donc en être tenu compte dans l'affectation du personnel. La personne âgée dysphagique peut utiliser avantageusement des **verres adaptés** ou d'autres articles comme des **tasses à bec, des assiettes à rebord, des cuillères et de fourchettes à manche épaissi**.

Problèmes et solutions

1- difficulté à avaler.

Objectif : minimiser le risque d'étouffement

- 1 - Vérifier le réflexe de nausée et vomissement ainsi que le réflexe de la toux
- 2 - Placer le Résident en position assise au fauteuil ou au lit avant le début du repas
- 3 - Placer un appareil à aspiration au chevet du malade.
- 4 - Faire les soins d'hygiène buccale avant et après les repas.
- 5 - Aider le Résident à identifier la nourriture pendant qu'il mange.
- 6 - Allouer suffisamment de temps pour les repas.
- 7 - Donner des consignes simples et réduire les distractions au minimum.

2 - anxiété due à la dysphagie

Objectif : augmenter la confiance en soi du malade.

- 1 - Gagner la confiance du malade.
- 2 - Allouer un temps adéquat pour les repas.
- 3 - Ne pas changer la consistance du régime alimentaire trop rapidement .
- 4 - Diminuer les stimuli extérieurs afin d'aider le Résident à se concentrer.
- 5 - Aider le Résident à maintenir une bonne image corporelle.
- 6 - Encourager, donner du renforcement positif.

3 - difficulté de s'alimenter suffisamment

Objectif : apport alimentaire suffisant et équilibré

- 1 - Doser les ingesta et excréta.
- 2 - Faire les soins d'hygiène buccale avant et après les repas.
- 3 - Donner de petits repas à intervalles réguliers si le Résident se fatigue vite.
- 4 - Allouer suffisamment de temps pour le repas.
- 5 - Évaluer la prise d'aliments au point de vue calorique de façon périodique.
- 6 - Noter la fréquence des selles et ajuster le régime s'il y a lieu.
- 7 - Peser quotidiennement.

4 - la famille prend en charge le Résident

Objectif : faire la démonstration des techniques d'alimentation.

- 1 - Démontrer à la famille comment positionner le Résident.

2 - Discuter du régime et donner les instructions.

3 - Observer un membre de la famille lorsqu'il fait manger le Résident. Corriger s'il y a lieu.

4 - Souligner les progrès du Résident.

La prévention des “fausses routes” est un problème important dans les unités de soins de longue durée. L'alimentation de telles personnes doit être confiée à des soignants expérimentés.

L'évaluation et le traitement de la dysphagie n'ont pas été abordés ; seulement le “prendre soin”...

Inciter à manger une personne atteinte de démence

Faire boire beaucoup d'eau est primordial.

Vous pouvez rester un mois sans manger, vous survivrez. Par contre seulement quinze jours sans boire.

Cela diminue l'agitation : la personne a soif mais ne sait le dire, il faut donc décoder son “comportement quand elle a soif”.

Si aucun signe n'attire votre attention, proposez lui souvent à boire, souvent... car elle perd la sensation de soif. Buvez vous même devant elle, ou trinquez avec elle si nécessaire.

Pour l'inciter à manger...

Disposer bien en vue des assiettes remplies d'aliments faciles à saisir et à consommer (fruits secs et frais de saison, petits biscuits) associées à un verre rempli d'eau ou de jus de fruit ; et picorer soi-même.

Lorsque la personne utilise un objet par erreur (chaussure pour boire, fourchette à la place de la cuillère...)

Lui donner le bon objet et reprendre ensuite l'autre, sans s'exclamer, sans porter de jugement, sans commentaire, avec le sourire : elle a oublié l'usage des objets usuels.

Toute réflexion peut la rendre honteuse, vexée car toutes les fonctions cognitives ne sont pas forcément atteintes.

Pour éveiller l'appétit...

Faire marcher, donner à manger quinze à vingt minutes avant les repas un morceau de fromage non gras (type : gruyère) donne parfois de bons résultats.

En institution, les informations à l'entrée doivent concerner ses habitudes alimentaires : ce que la personne aime ou déteste, ses allergies alimentaires.

Faire pratiquer des exercices de musculation ...

Des lèvres, des muscles du visage, de la langue pour éviter la ptose des lèvres avec écoulement de salive.

Les biscuits ...

Il a été observé que les sujets présentant une démence, même à un stade avancé, acceptent de manger des biscuits, l'un des rares produits qu'ils peuvent continuer à manger seuls, alors que souvent ils refusent leurs repas.

Les biscuits apparaissent donc comme un aliment apprécié et bien adapté aux besoins : ils associent un certain plaisir alimentaire à l'efficacité nutritionnelle.

Les biscuits au blé complet sont particulièrement adaptés en raison de leurs apports en fibres, en protéines, en calories et en raison de leur coût modéré. Ils permettent de lutter contre les troubles du transit et contre la malnutrition-protéino-énergétique. Ce qui est d'autant plus important que les sujets âgés constipés ont tendance à diminuer leur ration calorique, ce qui augmente le risque de malnutrition.

Au fur et à mesure de l'évolution inexorable de la maladie...

« Il convient d'insister sur la nécessité de subordonner toute intervention infirmière à l'intérêt optimum du patient et de ne jamais perdre de vue que cet optimum ne peut être déterminé que par des évaluations et une concertation ouverte avec toutes les parties en cause.

Quand un patient est alimenté à la cuiller parce qu'il en est au dernier stade de sa maladie, il est temps et indispensable d'évaluer clairement s'il arrive aussi au terme de sa vie. Si tel est le cas, il trouvera le statut de mourant, les proches le statut d'endeuillés, les infirmiers le statut d'accompagnants. Si chacun trouve son statut, le climat de soins pourra être empreint d'authenticité, de vérité, de chaleur de vie plutôt que de survie. La culpabilité et l'ambivalence des soignants qui contribuent à retarder le plus possible le moment où l'on va enfin parler de la mort des patients peuvent s'estomper. La mort approche, personne ne peut la retarder. On ne peut que la vivre et l'accompagner et ce, dans les meilleures conditions possibles » (Éliane Geissbühler, *Vous reprendrez bien une petite cuillère ?*, Krankenpflege 6/200 Soins infirmiers - Suisse).

À ce stade des difficultés à couvrir les besoins alimentaires se font jour.

La prise en charge orale -sans aller à l'acharnement thérapeutique - consiste à :

- augmenter les apports hydriques (en évitant les boissons sucrées, coupe-faim, avant et pendant le repas... tout en sachant que dans certaines circonstances elles sont le seul apport possible)
- augmenter tous les apports nutritionnels (protéines, calories, vitamines, calcium ...)

Déroulement de la journée : quatre repas sont distribués : petit-déjeuner, déjeuner, goûter et dîner. Des boissons sont proposées à 10 h et une tisane au coucher.

— Au petit déjeuner, les bols sont servis pleins avec plus de lait que de café, en respectant toutefois le choix de la personne. Prévoir yaourt, flan, en remplacement du lait. Éventuellement, proposition de blédine biscuitée, de flocons de céréales auxquels peut être ajouté un ou deux sachets de lait en poudre.

— Complément hyperprotéiné et hypercalorique 2 fois par jour en collation ou en ajout de dessert.

— Insister sur la viande ou équivalent et, si nécessaire, fractionner en deux prises (potage, plat).

— Ajouter beurre et/ou fromage fondu ou gruyère râpé dans le potage ou dans les repas mixés, midi et soir.

— Présenter un supplément de pain ou de biscotte.

— Proposer des fruits frais : en dessert ou sous forme de jus de fruits enrichis avec un ou deux sachets de lait en poudre.

Surveillance et suivi des résidents dénutris

- ☛ Afficher les noms dans l'office.
- ☛ Mettre en place et remplir la fiche nominative de suivi alimentaire.
- ☛ Signaler dans les dossiers de soins les problèmes rencontrés au repas.
- ☛ Peser régulièrement (chaise balance électronique) et comparer avec les poids précédents.

Une perte de poids est un signe d'alerte qui déclenche automatiquement la mise en route d'une fiche de contrôle des prises alimentaires.

L'enjeu "vital" (manger-boire) qui se joue au moment des repas est un enjeu de vie sur de nombreux plans. En institution, la prise en charge des repas doit rester un moment de plaisir, un acte social et un soin.

Tous les membres de l'équipe soignante sont les acteurs privilégiés dans l'aide au choix et à la prise des repas, en partenariat avec les familles.

13 juin 2003 - Monique Zambon

D.U. maladie d'Azheimer et syndromes apparentés

Éditique : Dr Lucien Mias - 13 mai 2009

Bibliographie

- Ackerman D., Le livre des sens, Grasset, Paris, 1990, 384 p.
- Bachelot H., Robert-Lacaze J., AMIEC, Les soins infirmiers et le corps, GRIEP, Lyon, 1979, 124 p.
- Arcand M., Hébert R., Précis pratique de gériatrie, Maloine, Paris, 1987, 629 p.
- Aron J-P., Le mangeur du XIX^e siècle, Payot, Paris, 1989, 365 p.
- Blanc-Mouchet. J., L'odeur, l'essence d'un sens, Autrement, Paris, 1987, 213 p.
- Brillat-Savarin, Physiologie du goût, Flammarion, Paris, 1990, 400 p.

- Camille C., Le masSage sensitif, Maloine, Paris, 1989, 159 p.
- Demailly E., Manger pour ne rien dire, Gérontologie et Société, n° 34, FNG,1985, 5 p.
- Hall E.T., La dimension cachée, Seuil, 1971, 254 p.
- Lauzon S., Adam E., La personne âgée et ses besoins, Seli Aslam, Paris, 1996, 867 p.
- Lessard M., Comment aider les personnes ayant des problèmes de déglutition, LICA Chevalier De Lorimer, Centre Hospitalier Côte Des Neiges, Québec, 1988 , 39 p.
- Levesque L., Roux C., Lauzon S., Alzheimer, comprendre pour mieux aider, Erpi, Montréal,1990, 332p.
- Personne M., Soigner les personnes âgées à l'hôpital, Privat, Toulouse, 1991, 239 p.
- Ploton L., La personne âgée, Chronique sociale, Lyon, 1990, 244 p.
- Potter P.A. , Perry A.G., Soins infirmiers, théorie et pratique, ERPI, Montréal, 1990, 1605 p.
- Rencontres de l'École du Louvre (ouvrage collectif), La table et le partage, La Documentation Française, Paris, 1986, 213 p
- RCG, Regards croisés sur la qualité en gérontologie, AIRE, Montpellier, 1998, 80 p.
- Riopelle L., Grondin L., Phaneuf M., Soins infirmiers, un modèle centré sur les soins de la personne, Mc Graw Hill, Québec, 1984, 354 p.
- Rubinstein H., Psychosomatique du rire, Robert Laffont, Paris, 1983, 173 p.
- Salomé J., Apprivoiser la tendresse, Jouvence, Onex, 1990, 164 p.
- Serres M., Les cinq sens, Grasset, Paris, 1990, 381 p.
- Sulger F., Les gestes vérité, Sand, Paris, 1991, 135 p.