



Mercredi 18 juin 2025
de 13 h 30 à 14 h 30

Carole Villemonteix et Christelle Mourot-Sarran
CERENUT
Valérie Etchegorry
Chargée de missions EIGS CCECQA

**EIGS et troubles de la
déglutition**

Action financée par l'ARS Nouvelle-Aquitaine dans le cadre
du CPOM ARS-CCECQA 2023-2027

EIGS/Fausse route: modalités de sollicitation du CCEQCA



Aide à la déclaration : Modèle de formulaire

Ce modèle vous permet de préparer LA SAISIE EN LIGNE de votre déclaration.

Vous êtes : PROFESSIONNEL_SANTE

Vous souhaitez déclarer : EIGS_VOLET1

Organisation pour réaliser l'analyse de l'EIGS

Décrivez comment vous allez vous organiser pour réaliser l'analyse approfondie de l'EIGS
Avez-vous, en interne, les ressources et la compétence nécessaires à l'analyse approfondie de cet événement ?

Souhaitez-vous l'appui d'une expertise externe pour réaliser l'analyse approfondie de l'EIGS ?

+/- personne qualifiée

Mission EIGS

CCECQA

AGISSONS POUR DEMAIN



Structure S ou MS

Structure MS

EIGS

Fausse route

Signaler un événement sanitaire indésirable

Vous souhaitez être guidé pour identifier la vigilance concernée (sion cocher une case ci-dessous)

Si la vigilance relative à votre signalement n'apparaît pas dans la liste ci-dessous, vous pouvez la retrouver en parcourant les autres catégories proposées :

- Les vigilances les plus signalées : **Événement indésirable associé à des soins**, Effet sanitaire indésirable suspecté d'être lié à des produits de consommation
- Maladie nécessitant une intervention de l'autorité sanitaire et une surveillance continue, Cyber sécurité, Observatoire national des violences en santé (ONVIS)
- Effet sanitaire indésirable suspecté d'être lié à un dispositif ou un acte sans finalité médicale, y compris esthétique

Événements indésirables graves associés à des soins (EIGS) - déclaration - 1ère partie

Le signalement d'un EIGS s'effectue en 2 étapes : le signalement initial (partie 1) suivi 3 mois plus tard d'une analyse des causes (partie 2)

	FICHE DE SIGNALEMENT EVENEMENT INDESIRABLE GRAVE	Mise à jour Janvier 2017
Etablissements et services médicosociaux		
Fiche à adresser dans les meilleurs délais au point focal régional :		
Signaler, alerter		
Plateforme régionale de veille et d'urgences sanitaires		
0 809 400 004 - Service gratuit 24h/24		
@ ars33-alerte@ars.sante.fr		
05 67 76 70 12		
Nouvelle-Aquitaine		
Date et heure du signalement		
NATURE DE L'EVENEMENT / DYSFONCTIONNEMENT SIGNALE		
4- Accident ou incident lié à une erreur ou un défaut de soin ou de surveillance		
<input type="checkbox"/> Non-respect de la prescription médicale <input type="checkbox"/> Erreur Adm. Du médicament		
<input type="checkbox"/> Traitement inadapté <input type="checkbox"/> Accidents corporels (chutes & fractures)		
<input type="checkbox"/> Absence, erreur ou retard de prise en charge ou de Traitement		
<input type="checkbox"/> Escarres <input checked="" type="checkbox"/> Fausse route <input type="checkbox"/> Dénutrition <input type="checkbox"/> Déshydratation <input type="checkbox"/> Chute		
<input type="checkbox"/> Autre (Précisez)		

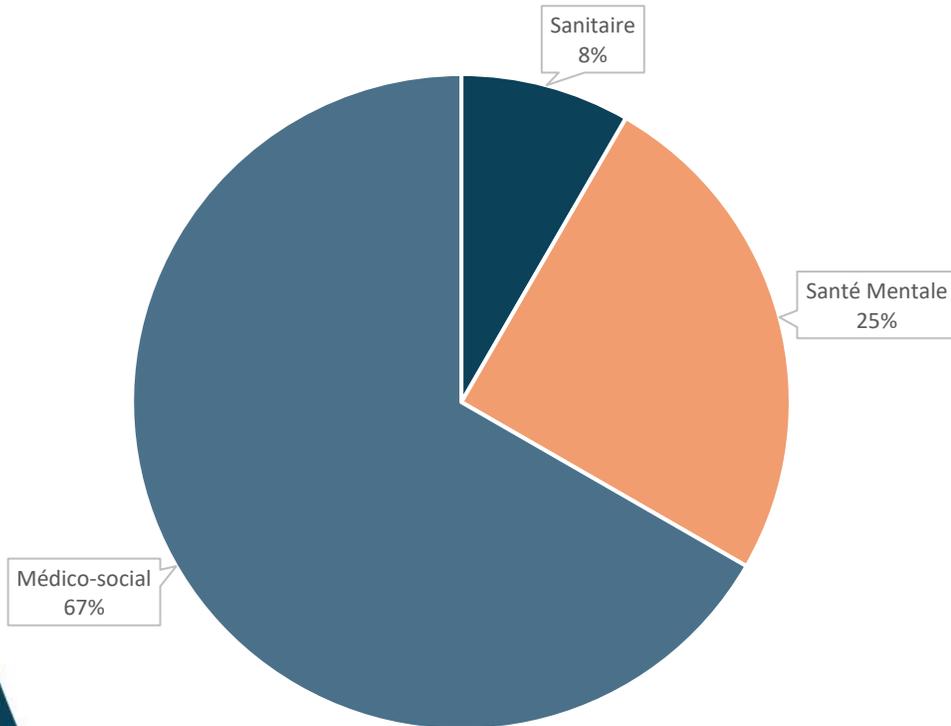
Analyse approfondie des causes de l'EIG/EIGS

Accompagnements à l'analyse des EIGS en lien avec une fausse route par le CCECQA (méthode ALARM)

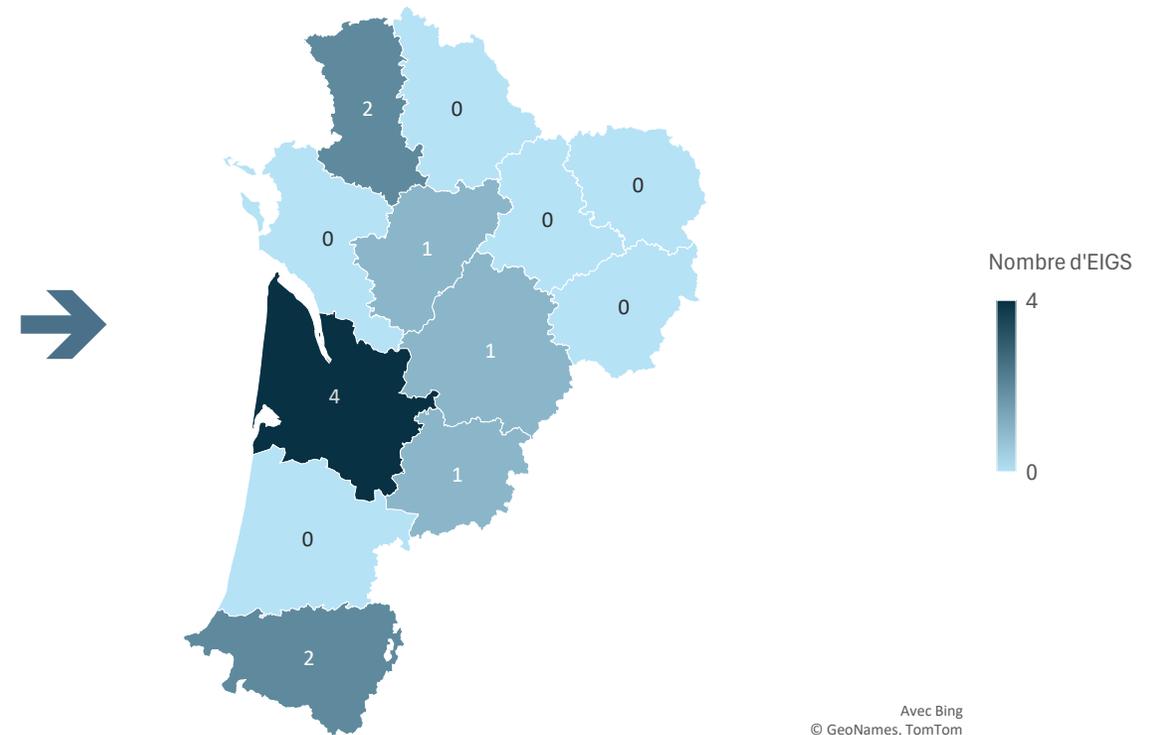
Depuis 2012, N = 376 → 12 pour « fausse route » (au 13/06/25)

Dont depuis le 1^{er} janvier 2025 : N = 57 dont 4 « fausse route »

Secteur concerné par l'EIGS

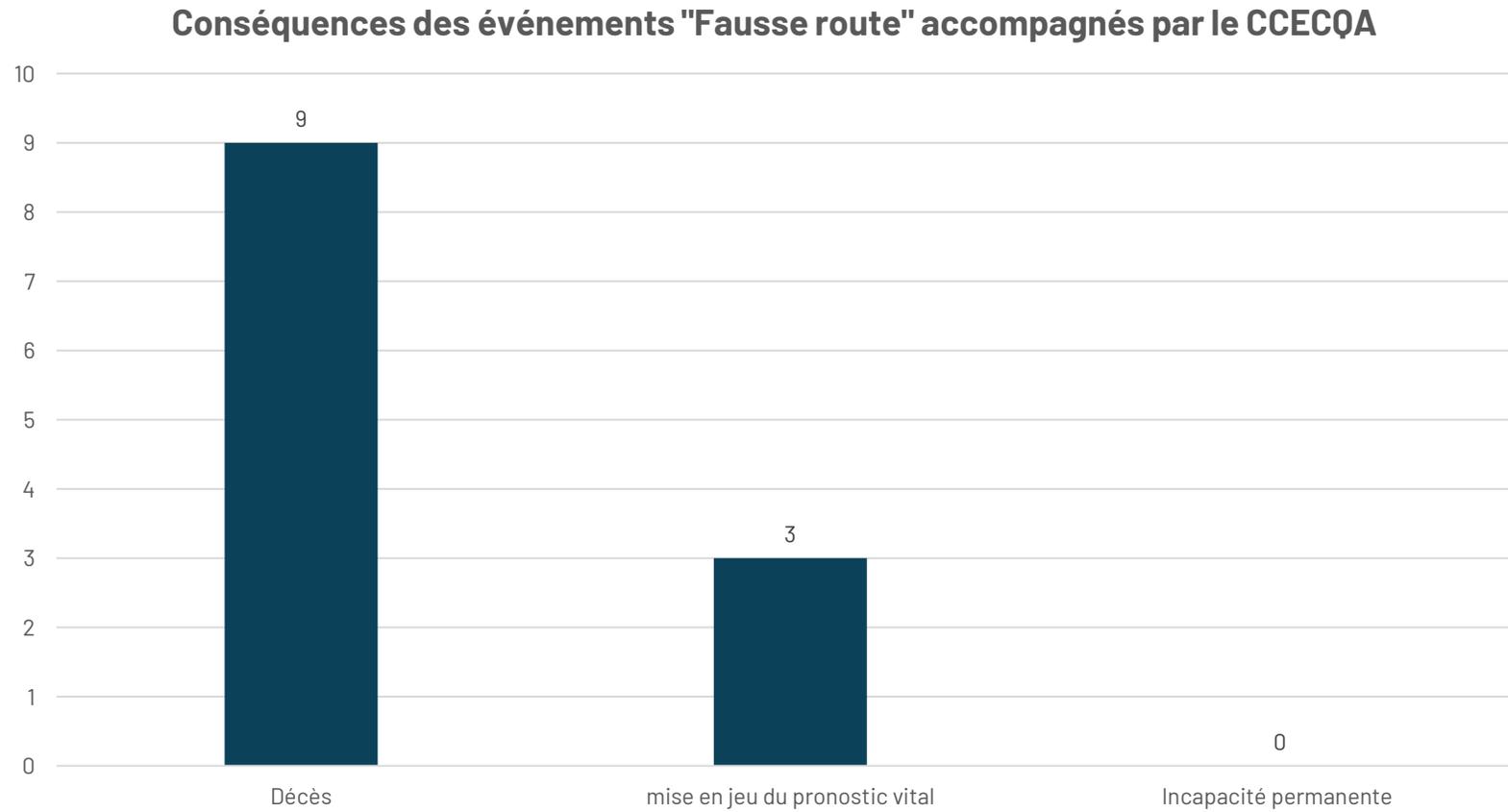


Répartition géographique des demandes d'accompagnements par le CCECQA / EIGS-Fausse route



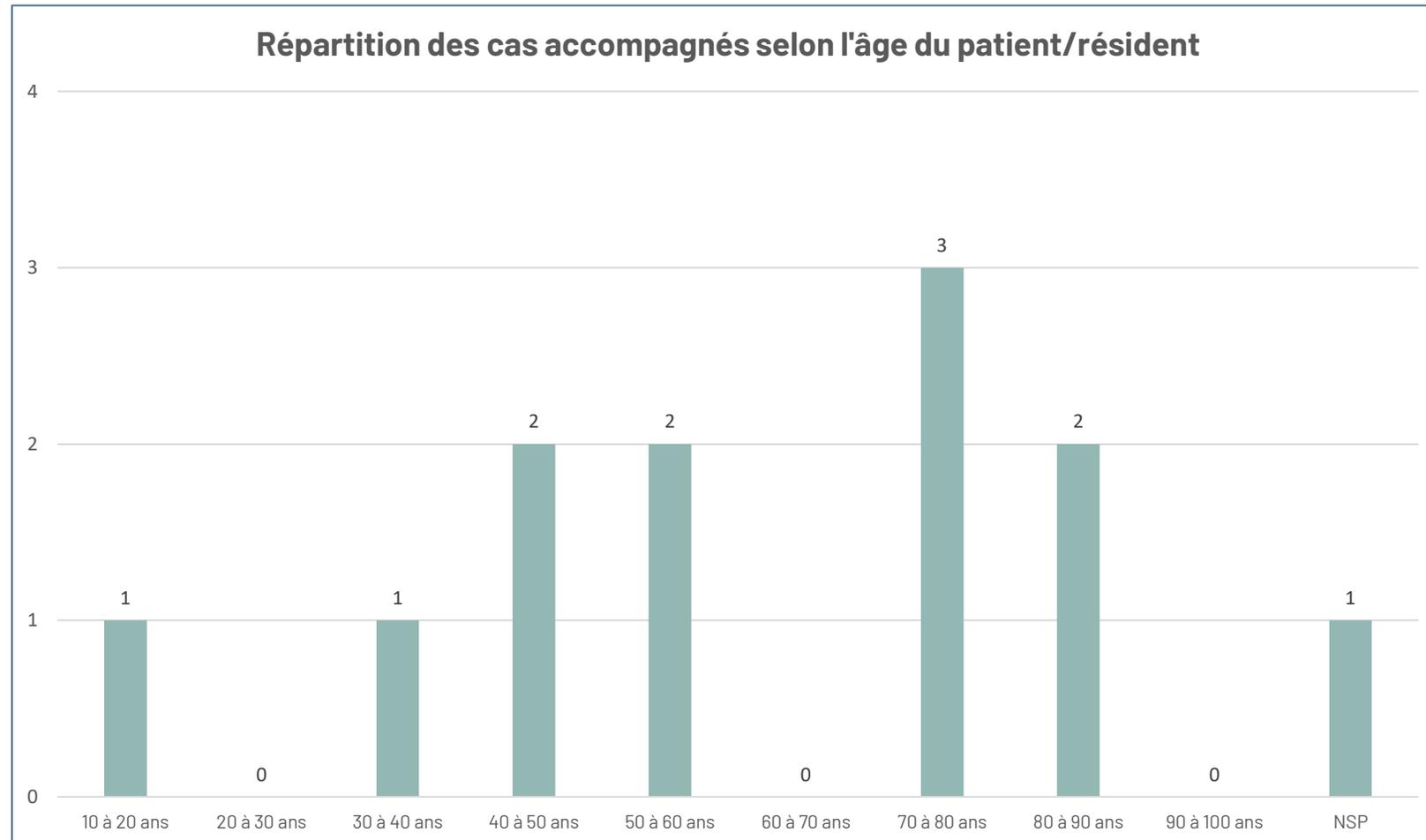
Avec Bing
© GeoNames, TomTom

Conséquences des cas accompagnés par le CCECQA



Répartition des cas accompagnés par le CCECQA selon le sexe et l'âge du patient/résident concerné

6 femmes
4 hommes



Causes immédiates identifiées lors des AAC réalisées avec le CCECQA

- Fausse route survenue au décours d'une prise alimentaire dans 8 cas sur 12 + 1 eau

Parmi les causes immédiates identifiées :

- Sous-estimation des facteurs de risques de fausse route en lien avec troubles de déglutition
- Défaut de surveillance / risque élevé de fausse route notamment pathologie
- Administration d'un médicament non écrasé

...

Facteurs liés au patient/résident

Antécédents de fausse route

Traitement psychotrope

Etat buccodentaire altéré

Hyperphagie/gloutonnerie

Facteurs contributifs identifiés lors des AAC

Facteurs liés au professionnel

- Sous-estimation des risques de FR alimentaires
- Sous-estimation de la gravité de l'état clinique
- Manque de connaissance, d'expérience/FR
- Utilisation d'acronymes non compréhensibles pour tous les soignants

Facteurs liés à l'équipe

- Défaut de transmission des infos médicales (ATCD, traitement, respect textures)
- Défaut de communication inter-ES
- Equipe non formée à la PEC d'un résident à risque de FR

Facteurs liés aux tâches

- Absence de consignes/surveillance FR
- Absence de bilan de déglutition
- Interruption de tâches

Facteurs liés à l'environnement

- Architecture de la salle de restauration ne facilitant pas la surveillance de tous les résidents au moment du repas
- Résidents à risque de fausse route assis à table au milieu des autres résidents
- Ergonomie DPI : infos tracées par médecin mais non visibles par IDE ; dossier mixte papier et informatique (perte de données)

Facteurs liés à l'organisation, au management

- Charge de travail importante
- Glissement de tâches pour la surveillance des repas
- Manque de ressources : diététicienne, psychomotricienne, ergothérapeute, médecin coordonnateur
- Manque de coordination lors des staffs
- Absence de formation sur les troubles de la déglutition et conduite à tenir pour prévenir les fausses routes

Facteurs liés à l'institution

- Recrutements médicaux et paramédicaux difficiles
- Ressources sanitaires insuffisantes
- Hébergement inadapté par rapport aux besoins de la personne accompagnée

Actions issues des AAC réalisées avec le CCECQA

Formation

- Former les équipes au dépistage et à la surveillance des troubles de la déglutition
- Poursuivre les formations (et actualisations) aux Gestes d'urgences
- ...

Outils

- Actualiser le protocole « Urgence vitale » + revoir composition du matériel de la trousse d'urgence (Pince de Magill)
- Formaliser une CAT en cas de fausse route
- Construire en équipe un protocole de surveillance et de prise en charge des résidents présentant des troubles de la déglutition
- Contacter l'éditeur de logiciel du DPI afin qu'il fasse évoluer le logiciel et qu'il crée une alerte « trouble de la déglutition, risque de fausse route » lisible et ergonomique pour tous les soignants
- ...

Communication / transmission des informations

- Assurer la traçabilité des infos médicales dans DPI et en garantir l'accessibilité aux paramédicaux
- Lorsqu'un patient est identifié à risques de fausses routes, informer systématiquement le pharmacien afin qu'il puisse conseiller :
 - Le médecin dans sa prescription de formes galéniques adaptées
 - Les IDE lors de l'administration du traitement
- Mettre en œuvre un staff pluridisciplinaire pour faciliter le partage d'informations
- ...

Organisation

- Réfléchir en équipe (direction – cadres – soignants) à une optimisation de l'organisation des repas dans des locaux peu appropriés à la surveillance des résidents les plus à risque de fausse route :
 - Regrouper à la même table les patients qui présentent des risques de fausse route et ne pas mélanger les textures
 - Organiser l'espace de restauration de façon à supprimer les « angles morts »
- Echanger, dans le cadre de la direction commune, sur un projet de coordination pour partager les compétences médicales et paramédicales disponibles sur le territoire, dans l'objectif de l'amélioration de la sécurité des soins.
- Réaliser systématiquement un bilan de déglutition, à l'arrivée de chaque nouveau résident et régulièrement tout au long du séjour, d'autant plus si traitement avec médicaments psychotropes
- Formaliser les prescriptions de régime des résidents avec troubles de la déglutition par les professionnels habilités (médecin, orthophoniste, diététicienne), ...

Quelques ressources proposées
par la FORAP et le CCECQA ...

FICHE RÉFLEXE

Suicide/tentative de suicide : toujours inévitable ?

FICHE RÉFLEXE

Transferts interétablissements

Mots-clés : transfert interétablissement, parcours de soins, filières, coordination des soins, permanence des soins, répertoire opérationnel des ressources (ROR), régulation médicale, gestion des lits d'aval, tensions sanitaires, communication, pluriprofessionnalité

Secteur : toutes structures

La loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé renforce la prévention et la promotion de la santé. C'est dans ce cadre qu'elle appuie la nécessité de mettre en place des parcours de soins.

Le parcours de soins s'entend comme la prise en charge globale, structurée et continue des patients, au plus près de chez eux, avec comme objectif de permettre à chacun de recevoir « les bons soins, par les bons professionnels, dans les bonnes structures, au bon moment ».

Ces parcours, déjà travaillés en intrahospitalier, doivent également se décliner, via des conventions en interétablissements, sanitaires et médico-sociaux, publics, privés et de ville.

A ce jour, les parcours interétablissements génèrent de nombreux cas d'accidents ou événements indésirables graves faute de :

- **concertation et coopération entre les professionnels,**
- **fluidité** du parcours (modalités de transfert, disponibilité des lits),
- **sécurisation de la prise en charge** (compétences, présence des professionnels, matériels sur site)

comme en témoignent les RETEX ci-après.



Ce que l'on retient

- Dans le contexte actuel de crise sanitaire, de tension d'effectifs soignants et de contraintes de places mises à disposition dans les établissements de santé, les transferts interétablissements se sont multipliés dans des conditions parfois aléatoires, susceptibles de générer des EIGS.
- Les Structures Régionales d'Appui (SRA) sont de plus en plus sollicitées pour accompagner les professionnels de santé dans l'analyse d'événements interéquipes et interétablissements, en collaboration avec les équipes de SAMU / SMUR, du SDIS ou de sociétés de transports privées.
- L'organisation de ces rencontres se révèle souvent complexe et chronophage mais elles n'en sont pas moins constructives et porteuses de sens lorsque tous les professionnels concernés participent à l'analyse.
- Ces réunions d'analyse permettent de sécuriser les parcours des patient et de formaliser des organisations avec l'ensemble des acteurs territoriaux, parfois sous forme de filières de soins. Elles sont aussi des opportunités de rencontres et d'échanges entre professionnels issus de milieux hétérogènes et équipes de Direction.



Analyse Approfondie de Cas n° 57 : Décès par fausse route consécutive à un malaise avec convulsions



Analyse Approfondie de Cas N° 90 Fausse route alimentaire en EHPAD

Date de parution : octobre 2020

- **Catégorie :** EHPAD
- **Nature des soins :** Prise en charge et accompagnement des patients au moment des repas

RÉSUMÉ/ SYNTHÈSE DE L'EI

Une femme de 81 ans est admise le 9 décembre au sein d'un établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD). Son maintien à domicile n'est plus possible en raison de ses troubles psychiatriques et de ses difficultés sociales.

Elle a été transférée de l'unité de psychogériatrie du centre hospitalier voisin. Elle y séjournait depuis 6 mois pour motif d'anxiété avec délire de persécution. Au décours de son séjour, elle a présenté une fausse route. Une manœuvre de Heimlich avait été pratiquée avec une issue favorable suivie d'une modification de son régime alimentaire.

Une première hospitalisation de 7 semaines avait eu lieu dans cette même unité de psychogériatrie 8 mois auparavant. À son admission à l'EHPAD, la patiente présente une altération de la perception de la réalité avec des propos délirants et une fluctuation de l'humeur, dans un contexte anxio-dépressif, sans perte notable de mémoire. La patiente est porteuse de nombreuses pathologies somatiques traitées et elle est évaluée GIR 4. Son traitement comporte des médicaments à visée cardiologique et un antidépresseur (mirazapine 15 mg/jour). Dès son admission, l'équipe demande une évaluation de la déglutition de la patiente car elle refuse une alimentation mixée. Mais cette demande reste sans suite car les orthophonistes susceptibles de réaliser cet examen ne sont pas disponibles.

Le 10 mars, un traitement par neuroleptique est instauré en raison de l'agitation du syndrome délirant (rispéridone 2 mg/jour). Le dimanche 25 juin, lors du repas de midi, la résidente manifeste des troubles aigus de la respiration, rapidement attribués par les soignants à une fausse route. Plusieurs tentatives de libération des voies respiratoires selon la méthode de Heimlich sont mises en œuvre, sans succès. Les manœuvres directes d'extraction du corps étranger respiratoire sont infructueuses. La ventilation par ballon auto-remplisseur à valve unidirectionnelle (BAVU) ne permet pas la reprise d'une ventilation efficace. La patiente décède malgré l'intervention des pompiers et du médecin libéral de garde.

CARACTÉRISTIQUES :

Gravité : décès



ÉLÉMENTS MARQUANTS

ÉLÉMENTS MARQUANTS

Les troubles de la déglutition sont si fréquents chez les personnes âgées qu'ils en deviennent « ordinaires », voire même insignifiants parfois... On estime pourtant qu'environ 30 à 50 % des résidents en EHPAD en sont atteints.* Et la réponse convenue consiste alors souvent à mettre en place une alimentation mixée.

Les étiologies sont multiples et mal connues. Leur exploration fait appel à des compétences spécifiques et vont permettre une évaluation structurée. Les réponses pourront alors être adaptées selon les causes neurologiques, ORL, bucco-dentaires et la iatrogénie médicamenteuse entre autres.

Les conséquences cliniques sont nombreuses et souvent graves comme les pneumopathies, les risques de malnutrition et de déshydratation, les difficultés à prendre des traitements médicamenteux.

Mais surtout, c'est le risque de fausse route et d'asphyxie qui prédomine et il importe de maîtriser les gestes d'urgence et de disposer du matériel adéquat à proximité lorsque l'accident survient. On estime que les troubles de la déglutition sont responsables de 4000 décès par an.

*F. Pouloux et coll. Rev Med Regp 2009 ; 26 : 1587-605. Doi : 10.1017/S0954579409000192



Juillet 2014

Quand le repas devient une épreuve pour le patient et le soignant

INCIDENT

M. Y, 80 ans, est hospitalisé dans une unité de moyen séjour pour suite de prise en charge d'un AVC. Suite au décès de son épouse il y a 1 an, M. Y a été mis sous neuroleptique pour dépression installée avec agitation. Ce mardi 24 juin, à 18h30, M. Y prend son dîner comme à son habitude dans sa chambre, sous la surveillance d'une aide-soignante (AS) partagée entre 3 chambres. Deux autres soignants, une infirmière (IDE) et un AS, sont présents dans l'unité, mais sont occupés auprès d'un patient qui le nécessite. Le début du repas (soupe) se déroule sans incident et c'est lors du plat suivant (pâtes) vers 18h40, que l'AS observe la suffocation discrète de M. Y. La soignante lui donne tout de suite des tapes dans le dos, et appelle l'IDE. Celle-ci procède plusieurs fois à la manœuvre de Heimlich en se positionnant derrière le patient assis sur son lit. Le patient perd connaissance et s'effondre. M. Y est alors mis en position latérale de sécurité sur son lit, puis sur le dos pour effectuer un massage cardiaque externe. L'IDE demande à l'AS d'appeler l'accueil pour faire venir le médecin de garde, mais ce dernier est déjà sur une autre intervention urgente. Le sac d'urgence, qui se trouve dans une autre unité, est cherché par l'AS et la réanimation est entamée par l'infirmière avec massage cardiaque externe, extraction des débris alimentaires au doigt et tentative d'aspiration. Le médecin de garde arrive à 18h50, et installe une planche à masser le patient avant de poursuivre le massage cardiaque externe en alternance avec les aspirations et la ventilation au masque. À 19h15, la fin de la réanimation est décidée.

Cause immédiate

Surveillance inadéquate au patient à risque de fausse route

Causes racines

- Non identification d'un patient à risque de fausse-route (post AVC et neuroleptique)
- Inadéquation de l'alimentation
- Gestes d'urgence et de réanimation inadéquats (massage cardiaque sur le lit).
- Matériel d'aspiration bronchique et d'oxygénothérapie obsolète

La prévalence de la dysphagie varie selon les études de 10 à 30 % parmi les patients âgés à domicile et de 30 à 70 % parmi les patients âgés hébergés en Institution (...). Le réflexe de la toux permet d'expulser les aliments inhalés accidentellement afin de protéger les voies respiratoires, mais il est à noter que chez les personnes âgées, ce réflexe perd de sa sensibilité. Les fausses-routes sont alors silencieuses et passent inaperçues.

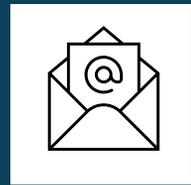
Finiels H, Strubel S, Jacquot JM. Les troubles de la déglutition du sujet âgé. Aspects épidémiologiques. Press Med 2001;30:1623-34.

Toute notre actualité



Sur notre site internet

www.ccecqa.fr



Contact

communication@ccecqa.fr



Inscription à la Newsletter mensuelle

<https://www.ccecqa.fr/newsletter/>

Suivez-nous





AGISSONS POUR DEMAIN

Facteurs de risque des troubles de la déglutition et les différentes textures

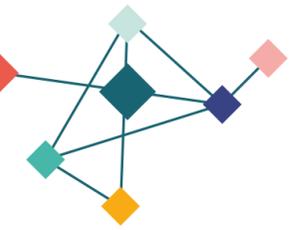
Christelle MOUROT SARRAN, Diététicienne¹

Villemonteix C¹, Le Bleis C¹, Castier M¹, Coiraud L¹, Subregis O¹, Allain M¹, Desport JC^{1,3},
Fayemendy P^{1,2,3}, Jésus P^{1,2,3}

¹ CERENUT Isle (www.cerenut.fr)

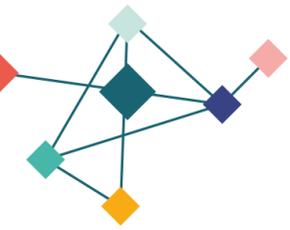
² Unité de Nutrition – CHU Limoges

³ EpiMaCT Inserm 1094, Faculté de Médecine, Limoges



PLAN

1. Introduction
2. Les troubles de la déglutition
3. Les facteurs de risque / la prise en charge
4. Les différentes textures alimentaires et l'IDDSI
5. Conclusions

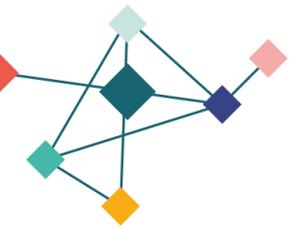


1 - Introduction

« *L'alimentation est un soin* »

Plus elle devient problématique pour le résident et plus elle requiert de compétences, d'humanité et de réflexion sur sa pratique

« *Manger est un acte essentiel à la vie* »



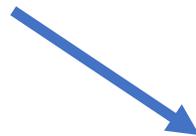
2. Les troubles de la déglutition

Rappels / définitions :

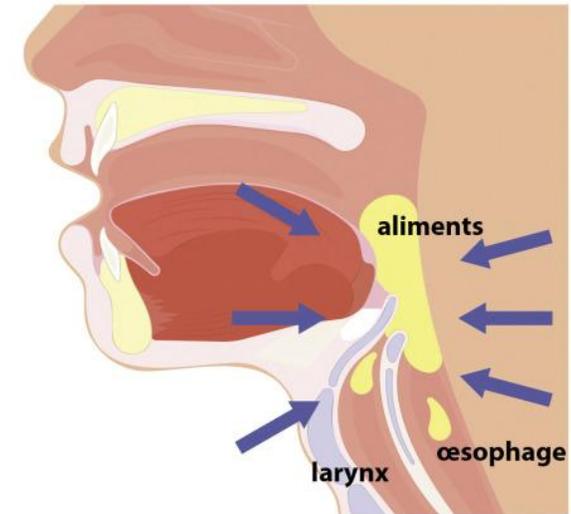
Les troubles de la déglutition (ou dysphagie) :

Difficultés qui surviennent au cours des différentes étapes de la déglutition

Les fausses routes : Le bol alimentaire ou la salive prennent une mauvaise route



Voie respiratoire (poumon), nez, bouche



Les causes



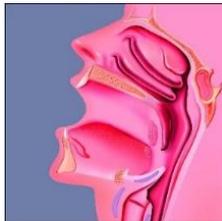
Les plus fréquentes

Neurologiques

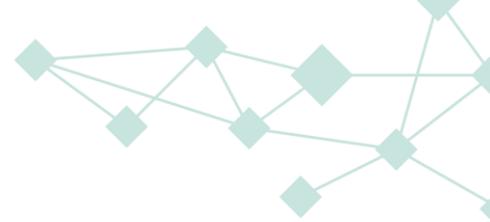


Accidents vasculaires cérébraux (AVC) +++
Maladie de Parkinson
Démences
Maladies neuromusculaires
Sclérose en plaques
Traumatismes (tétraplégies)

ORL

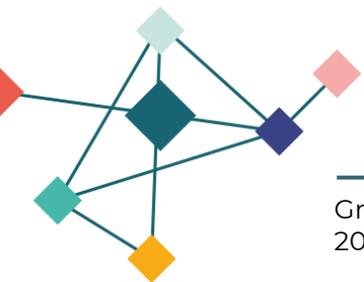


Cancer avant les traitements (chirurgie, radiothérapie, chimiothérapie)
Cancer après les traitements
Inflammations de bouche/pharynx/œsophage
Troubles bucco-dentaires



Autres causes...

- Ganglions, grosse thyroïde
- Maladies de l'œsophage
- Lésions toxiques (bouche, pharynx, œsophage)
- **Traitements :**
 - neuroleptiques, sédatifs, benzodiazépines, morphiniques
→ *Ralentissent ++*
 - anticholinergiques (atropine, cordarone, tégrétol, séropram, motilium, neuroleptiques, sédatifs, etc.)
→ *Sèchent la bouche*



Les chiffres



DOMICILE

9 % 65 -74 ans 28 % > 85 ans



EHPAD

30 à 60 % des résidents

Les conséquences

◆ Fausses routes

- Dans les voies respiratoires → toux, voix modifiée
→ infection pulmonaire → étouffement /décès
- Vers le nez → douleurs ++
- Vers la bouche → ↑ durée des repas



◆ Anxiété

- Des patients
- De l'entourage
- Des soignants



◆ Réduction de la prise alimentaire

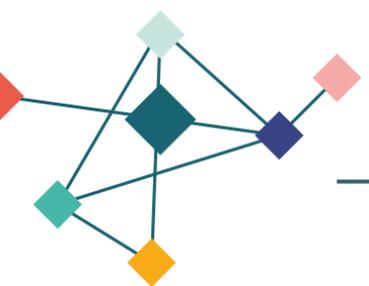
- Dénutrition, déshydratation, perte de plaisir

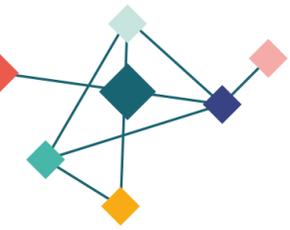




Comment repérer une personne qui a des troubles de la déglutition ?

- Une grille de repérage /Utilisation de **Clinibot**
- Le test de DePippo*
- Les autres examens





3 – Les facteurs de risques et la prise en charge



Quelles sont les situations à risques de troubles de la déglutition ?

Mauvais état buccal

Bouche sèche

Âge

Troubles de mastication



Problèmes dentaires

Troubles cognitifs

Fatigue

Affections

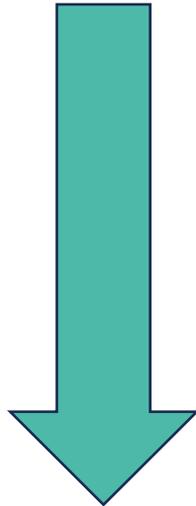
Avant tout, traiter les causes si possibles :

- Prise en charge des problèmes dentaires ... d'un cancer
- Réévaluation des médicaments
- Traitement de la bouche sèche ou pâteuse
- Posture à modifier ou à adapter
- Rééducation suite à un AVC...



Identifier les signes évocateurs

- ◆ **Toux, modifications de la voix** (voilée, mouillée ou gargouillante) après la déglutition = signes de FR respiratoires
- ***Après consommation de solides ? Liquides ? Des deux ? A cause de la salive ? Identification d'aliments précis qui gênent***



↪ Cf. questions de l'algorithme de CLINIBOT

Aliments à éviter en cas de troubles de la déglutition

Type d'aliments	Exemples
Aliments secs glissant mal en bouche	Pain, biscottes
Aliments filandreux ou à texture enveloppante	Poireaux, carottes râpées, salsifis, céleris, haricots verts Ananas, rhubarbe Blanc de volaille, pot au feu, bavette
Aliments solides, dispersibles en bouche ou avec une texture granuleuse	Pain, biscottes Biscuits secs Riz, semoule, Petits pois, lentilles...
Aliments collants	Caramel et bonbons mous, pain de mie, fromage à tartiner
Préparations associant un liquide et un aliment solide	Yaourt aux fruits, île flottante... Potage de légumes (morceaux, résidus) Bouillon avec pâtes (vermicelle...)

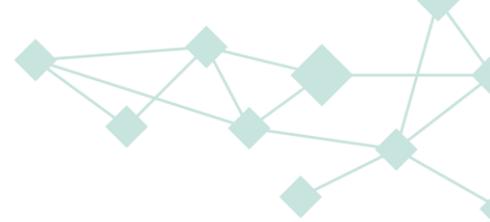
- ◆ Fausses routes nasales

Recherche de la fréquence

- ◆ Fuites alimentaires par la bouche ou bavage
- ◆ Maintien prolongé des aliments en bouche ou blocage pour avaler
- ◆ Réduction de la prise alimentaire jusqu'au refus complet

Echanges avec le résident, recherche de la cause (contrariété, appréciation du plat) stimulation si nécessaire, mise en place d'un journal alimentaire si situation bloquée, communication entre personnels, chercher à savoir si TD

↪ Cf. questions de l'algorithme de CLINIBOT



- ◆ Prolongation de la durée des repas



Idem

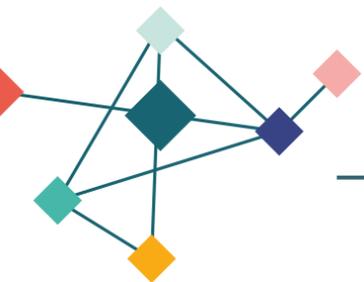
- ◆ Amaigrissement avec retentissement sur l'état général

Evaluation médicale, mise en place d'un journal alimentaire

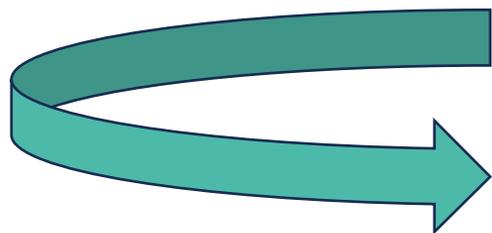
- ◆ Déshydratation

- ◆ Infections pulmonaires récidivantes (cf. « fausses routes silencieuses »)

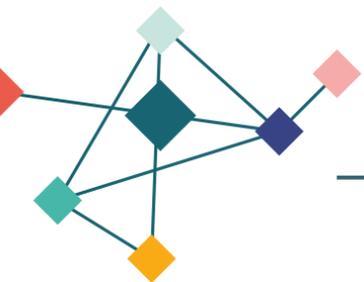
Traitements antibiotiques, dépistage troubles déglutition



Positionnement et environnement :



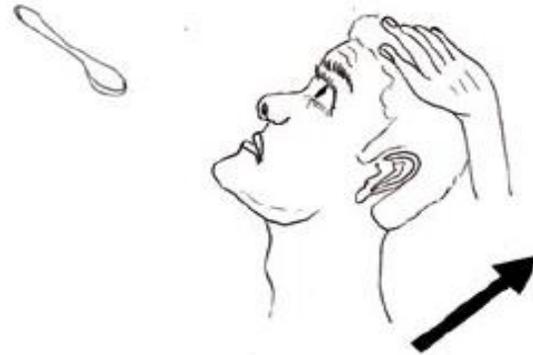
Contrôler le positionnement du résident



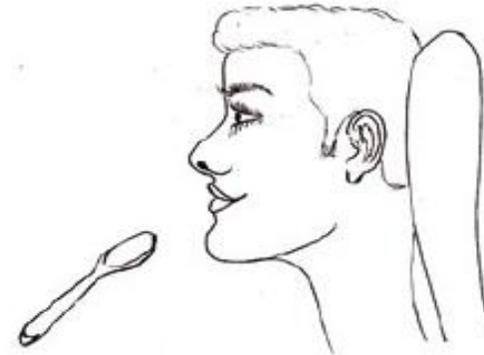
Les bonnes positions des personnes et des soignants lors des repas

- L'hyper-extension de la tête favorise les FR respiratoires

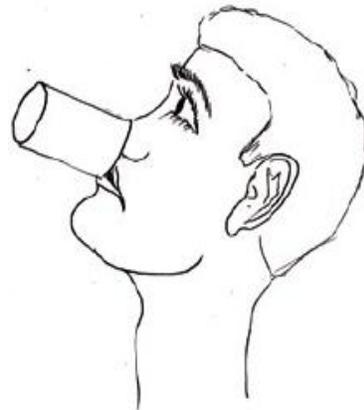
NON



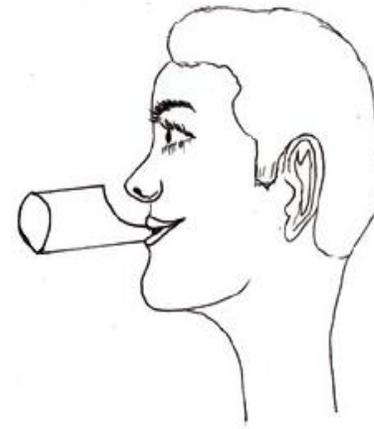
OUI



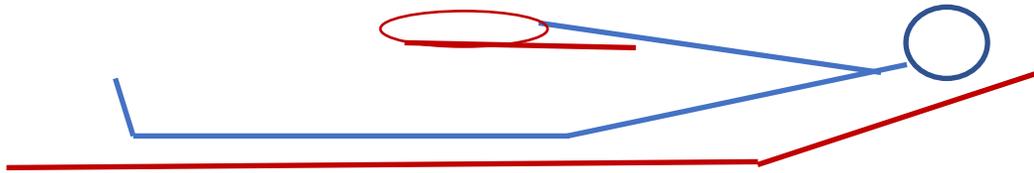
NON



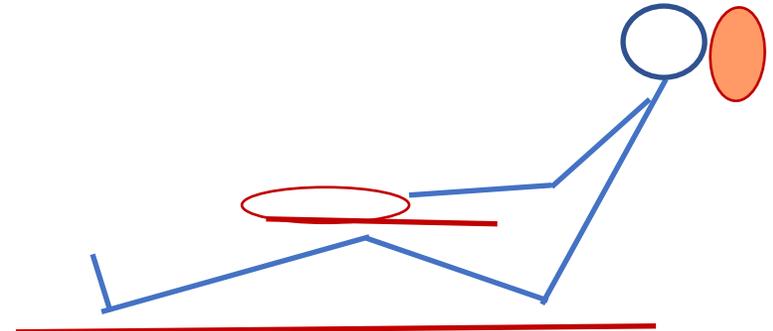
OUI



- **Installation des personnes en position couchée**



NON

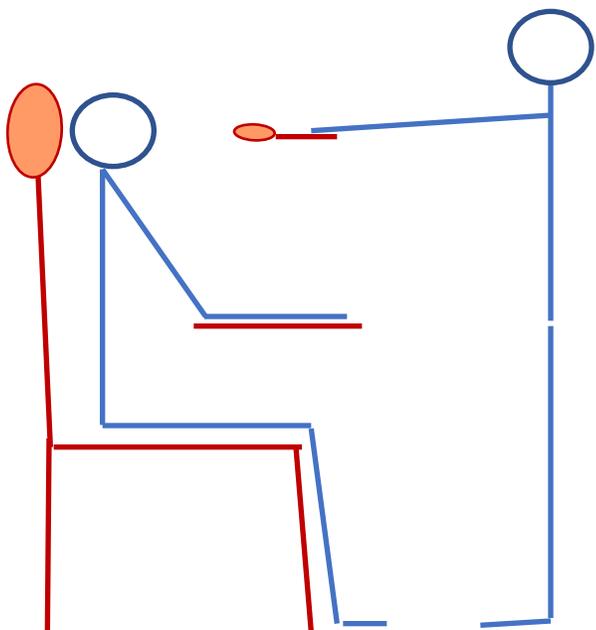


OUI

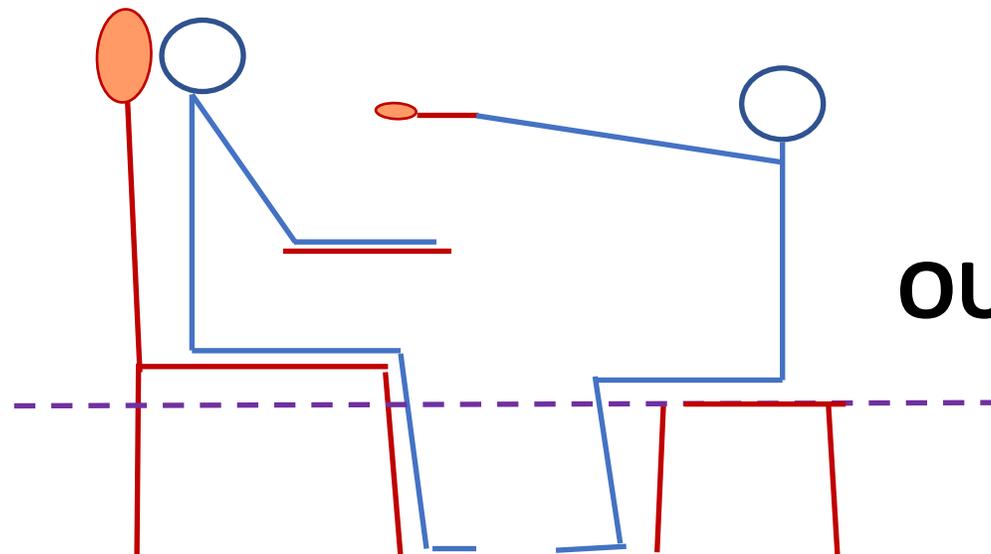
- Redresser la tête du lit
- Jambes légèrement fléchies pour maintenir la position confortable

- Installation du soignant qui nourrit la personne

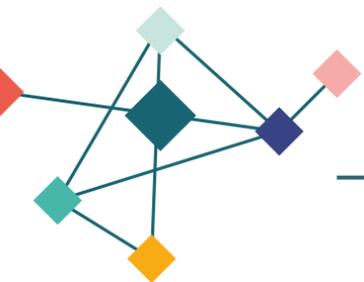
NON



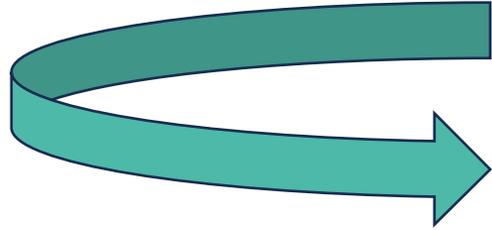
OUI



S'installer assis en face de la personne **et plutôt au-dessous**



Positionnement et environnement :



Contrôler l'environnement du résident

Pas de stimuli extérieurs :

- Télévision
- Discussions, rires avec voisins de table ou avec le personnel

Entretien et grille de dépistage

(en version papier ou électronique)



Désport Nutr Clin Metabol 2011;25:247-54.

Troubles recherchés	Oui	Non
TOUX		
Après déglutition de salive		
Après déglutition de liquides		
<i>Préciser la texture</i>		
Après déglutition de solides		
<i>Préciser la texture</i>		
MODIFICATIONS DE LA VOIX (voix voilée ou voix mouillée ou gargouillante)		
Après déglutition de salive		
Après déglutition de liquides		
<i>Préciser la texture</i>		
Après déglutition de solides		
<i>Préciser la texture</i>		
AUTRES TROUBLES		
Déglutition lente ou difficile		
Blocage intermittent de la déglutition		
<i>Si oui localisation du blocage</i>		
Difficultés de mastication		
Bavage ou fuite alimentaire lors des repas		
Reflux alimentaire par le nez		
Salive anormalement épaisse / collante		
Bouche sèche		
Infections pulmonaires à répétition		
Temps de repas augmenté		
<i>Durée du petit déjeuner (minutes)</i>		
<i>Durée du déjeuner (minutes)</i>		
<i>Durée du repas du soir (minutes)</i>		
Position(s) de la tête ou du cou dangereuse		
<i>Laquelle ou lesquelles ?</i>		
Position(s) de la tête ou du cou favorable		
<i>Laquelle ou lesquelles ?</i>		
Problèmes bucco-dentaires		
<i>Lequel ou lesquels ?</i>		
Difficultés sociales liées à un trouble de déglutition		
<i>Lesquelles ?</i>		
Relevé des médicaments utilisés		



Entrée en
établissement ou
après un problème

Situation à risque de TD

Grille de dépistage / Entretien / Examen clinique

Possible FR

FR certaine
ou test de
DePippo
positif

Pas de signe
d'alerte

Test de DePippo
avec titration

Test de DePippo
standard

Négatif

Négatif

Examen
paraclinique

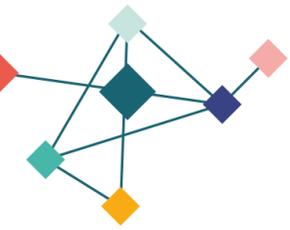
Impossible

Possible

Tests
cliniques
de position
et texture

- . Radiovidéoscopie
- . Nasofibroscopie
ORL
- . Orthophonie ++

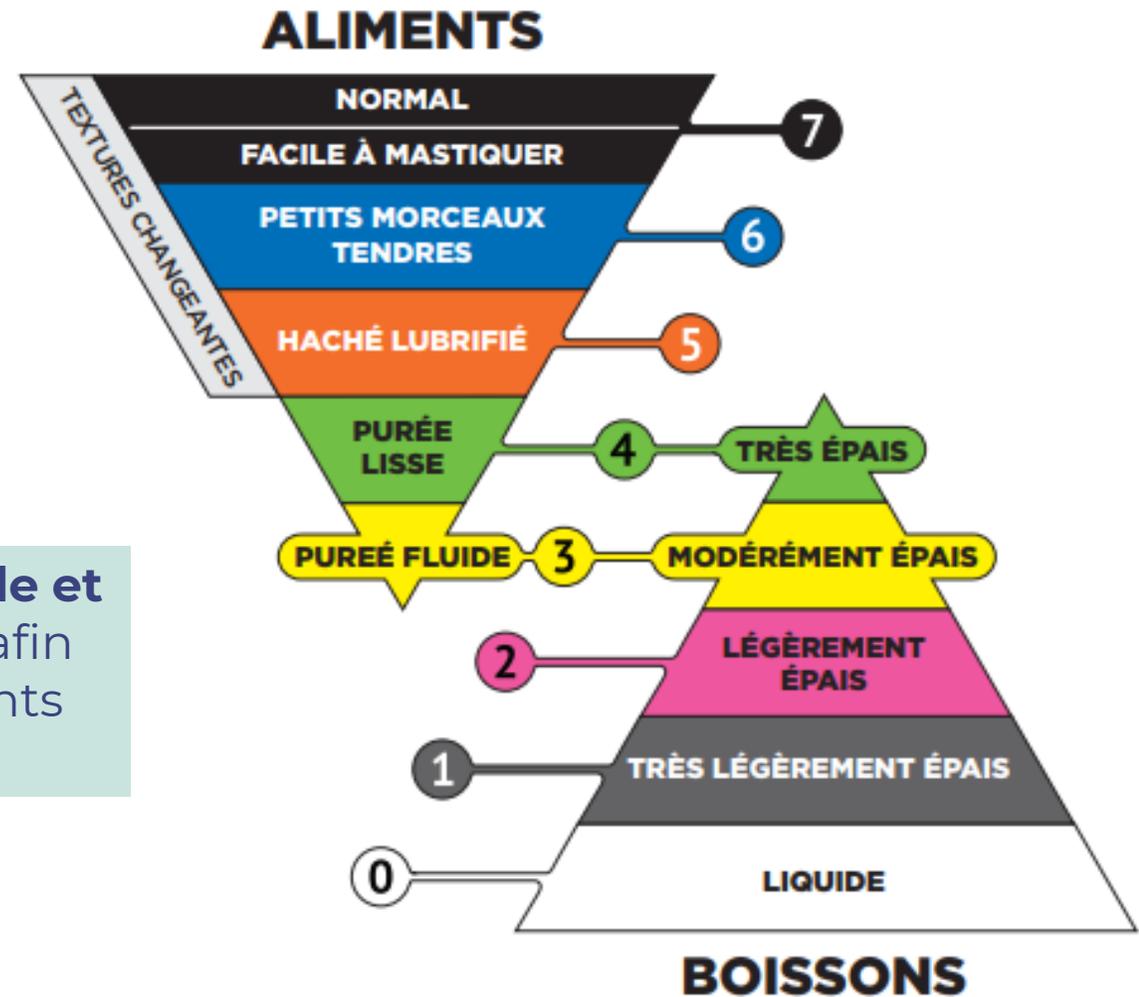
Schéma
général



4 – Les différentes textures alimentaires et l'IDDSI*

- Standardisation des textures modifiées
- Initié en 2015
- Par grade : 1 intitulé, 1 couleur, 1 numéro

Développer une **terminologie universelle et standardisée des textures modifiées** afin d'améliorer la prise en charge de patients dysphagiques.



En pratique

Texture normale



Texture mixée



Texture hachée





Niveau 7 : texture normale

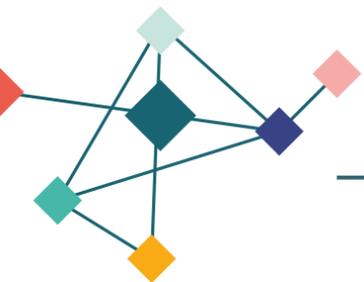
Les aliments peuvent être durs, croquants, ou naturellement tendres

Être capable de :

- Croquer les aliments
- Mastiquer tous les aliments sans fatigue
- Retirer les os ou arrêtes

Sont inclus :

- Les morceaux durs
- Les morceaux fibreux
- Les morceaux secs
- Les morceaux effrités ou fragmentables
- Les aliments avec pépins, os ou arrête
- Les textures doubles et hétérogènes



5

Niveau 5 : Aliments finement hachés et lubrifiés

- Se consomment **à la fourchette** ou **à la cuillère**. Doivent être tendres, lubrifiés mais sans liquide séparé (sauce, jus, coulis)

- ◆ Ne nécessitent pas d'être croqués, mais mastication minimale
- ◆ Appropriés en cas de douleur, fatigue, d'édentation, de prothèse mal adaptée

Viandes / poissons	Finement hachés ou écrasés, en sauce ou coulis épais, lisse
Fruits	Ecrasés, égouttés
Céréales	Très épaisses et lisses, tendres, sans liquide séparé
Pas de riz fragmenté → Nécessité d'avoir une sauce épaisse Pas de pain normal → Risque d'étouffement	

Famille d'aliments	Comment faire en pratique et les pièges à éviter
Crudités et fruits crus 	<p>Ciseler en petits morceaux les légumes crus et ajouter une marinade ou sauce pour faciliter la déglutition. Eviter de les rapper, car il y a des risques de fausse route</p> <p>Laisser les fruits mariner dans du sirop pendant plusieurs heures, cela va attendrir la chair pour plus de facilité à manger</p> <p>⚠ <i>aux fruits à doubles textures avec le fruit et le jus (orange, clémentine)</i></p>
Charcuterie 	<p>C'est une catégorie de produit difficile à hacher ; c'est pourquoi il est recommandé de privilégier les charcuteries de type mousses de foie, pâté, jambon cru, saucisson cuit, boudin. Bien les couper en petits morceaux pour faciliter la mastication</p>
Viandes 	<p>Il est préférable de sélectionner les morceaux les plus tendres et de réaliser des cuissons en sauce ou des mijotés</p> <p>Pour faciliter le hachage, vous pouvez ajouter du jus, de la crème, de la sauce, etc</p> <p>Eviter la viande grillée et/ou trop sèche</p> <p>⚠ <i>aux viandes avec des petits os telles que les côtes, les côtelettes, le lapin</i></p>
Poisson et œufs 	<p>La plupart de ces aliments n'ont pas besoin d'être hachés, car ils sont naturellement tendres après cuisson et peuvent se couper au moment du repas ou comme l'œuf s'écraser si besoin avec la fourchette</p> <p>⚠ <i>aux arêtes avec certains poissons</i></p>
Accompagnement de féculents 	<p>Privilégier une cuisson plus longue que la normale pour que la texture soit plus tendre et facile à écraser à la fourchette si besoin</p> <p>Mettre une sauce épaisse pour les aliments dispersibles en bouche (semoule, riz)</p> <p>⚠ <i>ne doit pas être collant, gluant et ne doit pas se fragmenter</i></p>
Accompagnement de Légumes 	<p>Tous les légumes doivent être bien cuits</p> <p>Si les légumes sont trop filandreux (céleri branche, asperges, poireaux) Ils peuvent être servis en purée, flan, clafoutis, terrine, mousse, crème et potage</p>
Légumes secs 	<p>Les privilégier en purée ou écrasés</p> <p>⚠ <i>Les résidus d'enveloppes des grains peuvent provoquer des fausses routes</i></p>
Produits laitiers 	<p>La majorité des produits laitiers sont utilisables tels quels</p> <p>⚠ <i>fromages pâtes durs et fromages collants (Vache qui rit®) peuvent être difficile à manger</i></p>
Pain 	<p>Si la personne a des difficultés à mastiquer le pain, proposer du pain de mie, mais attention qu'il ne colle pas au palais et qu'il ne rende la déglutition compliquée. A adapter selon les recommandations médicales</p>

SCRIPTION No.

Extrait de : Fiche conseil CERENUT
Les repas en texture hachée

Niveau 4 : Aliments mixés

- **Texture lisse sans grumeau, homogène, non collante**
- Habituellement consommés à la cuillère
- Peuvent être passés dans une poche à douille, étalés en couche ou moulés
- Le liquide et le solide ne se séparent pas
- Préparations mixées avec sauces et jus
- Ajout de crème fraîche, mascarpone, yaourt, fromage blanc, lait...
⇒ ↑ onctuosité, ↑ saveur

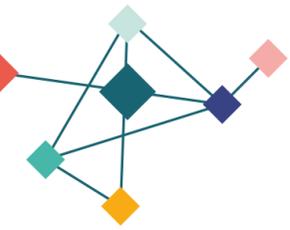
- ◆ Ne nécessitent pas d'être croqués ni mastiqués
- ◆ Appropriés en cas de douleur (mastication et/ou déglutition), d'édentation, de prothèse mal adaptée

Ne pas oublier :

- **Prescription médicale obligatoire**
- Nécessité d'enrichir les préparations
- La présentation : jeux des couleurs, disposition dans l'assiette, contenants, moulages...

Le goût !





8. Conclusions

Pour une prise en charge optimale des troubles de la déglutition :



- **Cibler les facteurs de risques**
- **Avant de modifier une texture**, surveiller certains paramètres : positionnement du résident, prise en charge des troubles bucco- dentaires, des pathologies, choix des aliments adaptés
- **Modifier de façon adaptée les textures** pour :
 - limiter les risques de fausses routes
 - maintenir un apport alimentaire qui couvre les besoins
 - maintenir le plaisir du repas
- **Stimuler l'appétit** en travaillant sur les saveurs, les couleurs
- **Travailler en équipe** : communication, coordination, évaluation ET réévaluation



Résidence l'Art du Temps
16 rue Cluzeau
87170 ISLE

05 55 78 64 36

contact@cerenut.fr

www.cerenut.fr



CLINIBOT

Dispositif médical d'aide à la décision lors des troubles de la déglutition

Carole Villemonteix, Directrice¹

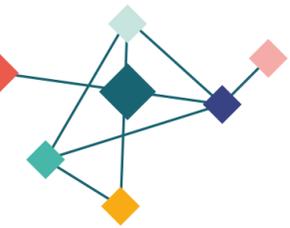
Desport JC^{1,3}, Fayemendy P^{1,2,3}, Jésus P^{1,2,3}, Fraysse JI^{1,4}, Mourot C¹, Castier M¹, Subregis O¹, Allain M¹, Le Bleis C¹, Coiraud L¹, Jean M¹,

¹ CERENUT Isle (www.cerenut.fr)

² Unité de Nutrition – CHU Limoges

³ EpiMaCT Inserm U1094, IRD U270, Faculté de Médecine, Limoges

⁴ Botdesign – Toulouse



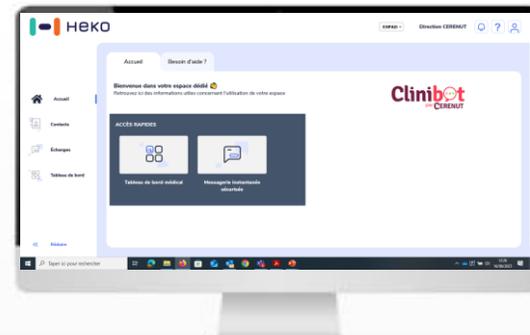
Qu'est ce que CLINIBOT ?

- **Dispositif médical qui facilite le dépistage et la prise en charge des troubles de la déglutition**

Entretien clinique*, mené par un personnel paramédical ou un médecin, pour déterminer les signes évocateurs

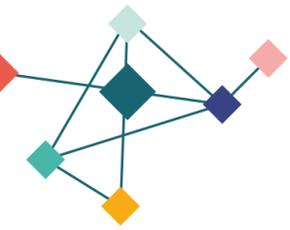
- Fausse route respiratoire
- Fuite alimentaire
- Pneumopathies récidivantes
- Toux
- Blocage pour avaler
- Modification de la voix

A l'aide de son algorithme, Clinibot objective la gravité des troubles



CliniBot propose au médecin une conduite à tenir

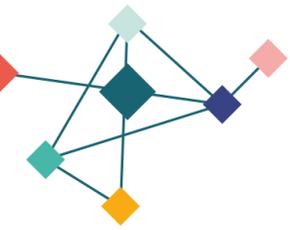
- Radiovidéoscopie
- Positions
- Adaptation de textures
- Soins dentaires
- Fibroscopie ORL



- CliniBot est **validé par le conseil scientifique** de CERENUT
- Il est développé sur la **plateforme numérique de santé sécurisé** : HEKO qui est un dispositif médical. Le code ainsi que les données sont stockés chez un hébergeur de données de santé (HDS)
- Il ne remplace par l'humain mais il est complémentaire afin
 - de mettre en place plus rapidement des mesures correctives
 - de cibler les résidents pour lesquels des tests supplémentaires sont nécessaires
 - de faciliter la prise de décision du médecin

Vidéo complète

REPÉRAGE DES TROUBLES DE LA DÉGLUTITION



Vous souhaitez utiliser CliniBot dans votre ESMS ?

- Mise à disposition **gratuitement jusqu'à fin décembre 2025**
- Envoyer par mail à contact@cerenut.fr
- Nom de l'EHPAD, Code postal, Ville
- Mail, nom, prénom et profession des professionnels de santé habilités à compléter le questionnaire résident
- Les professionnels de santé inclus recevront un mail intitulé :
« Activez votre compte HEKO » de noreply@botdesign.net



Résidence l'Art du Temps
16 rue Cluzeau
87170 ISLE

05 55 78 64 36

contact@cerenut.fr

www.cerenut.fr

