

LES TROUBLES DE L'ALIMENTATION CHEZ L'ENFANT ET L'ADULTE PORTEUR D'UN HANDICAP

Marion KELLERMANN

7 RUE DES MARRONNIERS LES HIRONDELLES 1B

05000 GAP

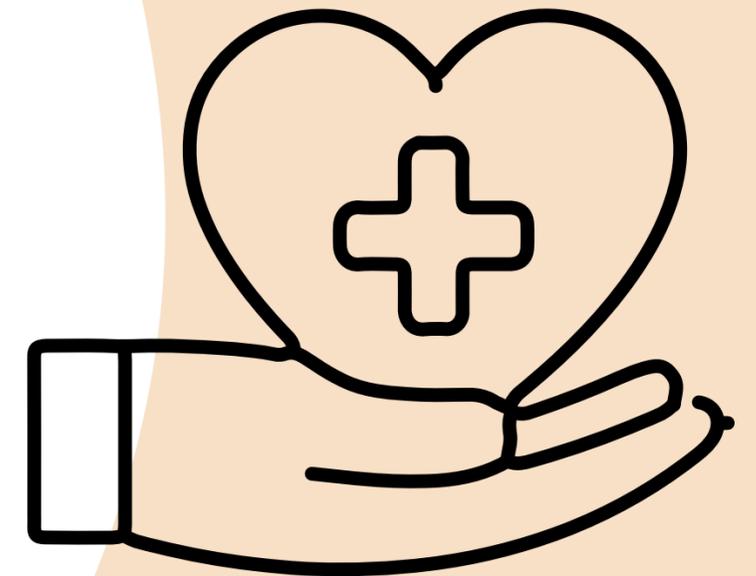
APO0405@ORANGE.FR



A.P.O. 04-05

Nous avons créé depuis 2012, l'association A.P.O.04-05 (Association de Prévention en Orthophonie pour les deux départements).

APO 04-05, comme de nombreuses associations départementales de prévention en orthophonie, souhaite promouvoir des missions d'informations sur le développement du langage et sur l'ensemble des pathologies inscrites à la nomenclature et ce à tous les âges de la vie.



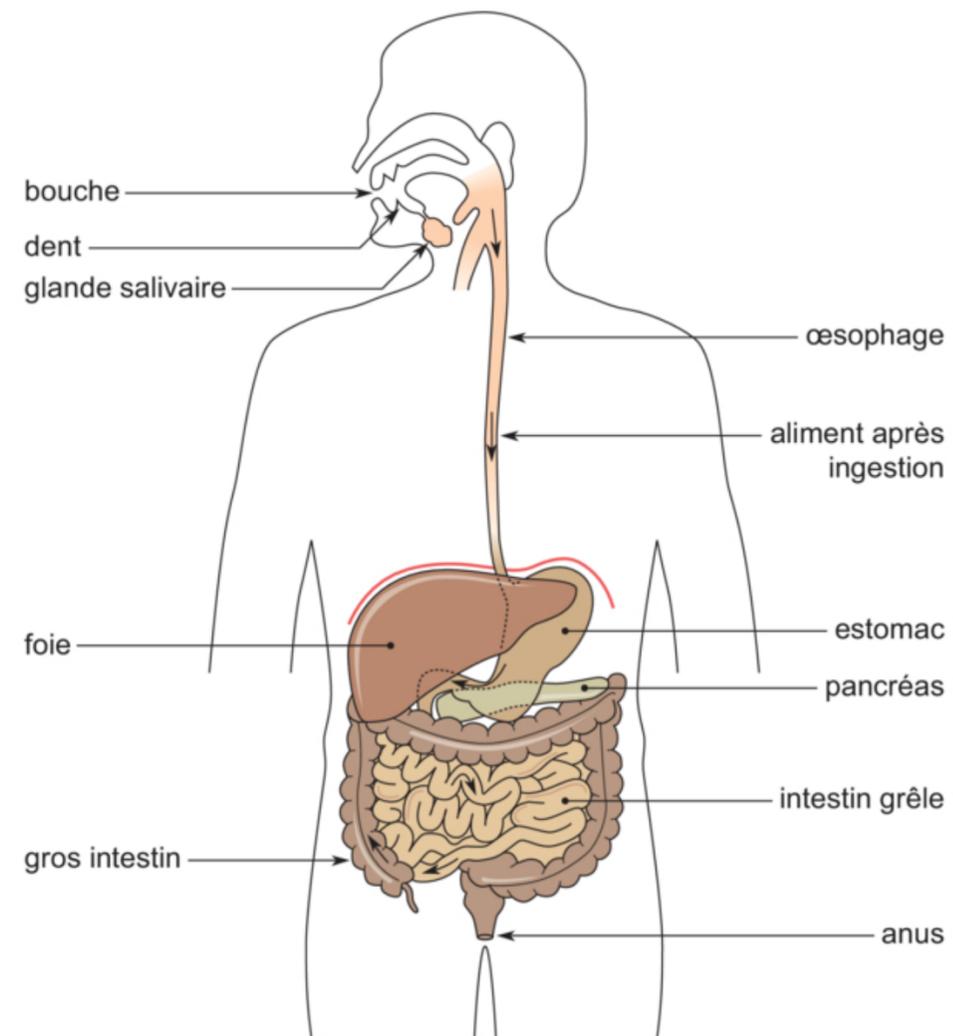
Les troubles de l'alimentation

En théorie

- Physiologie de la digestion
- Physiologie de la déglutition
- Les causes des troubles de l'alimentation
- La dysphagie
- Focus sur la fausse route
- Les troubles de l'oralité alimentaire
- Etiologies possibles



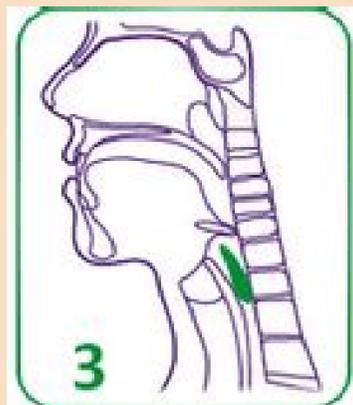
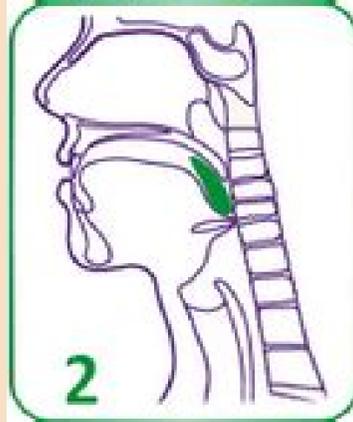
L'appareil digestif



- **Bouche** : constitution du bol alimentaire
- **Œsophage** : transport des aliments vers l'estomac
- **Estomac** : brassage et fragmentation du bol alimentaire
- **Intestin grêle** : absorption
- **Colon** : transformation des déchets et expulsion

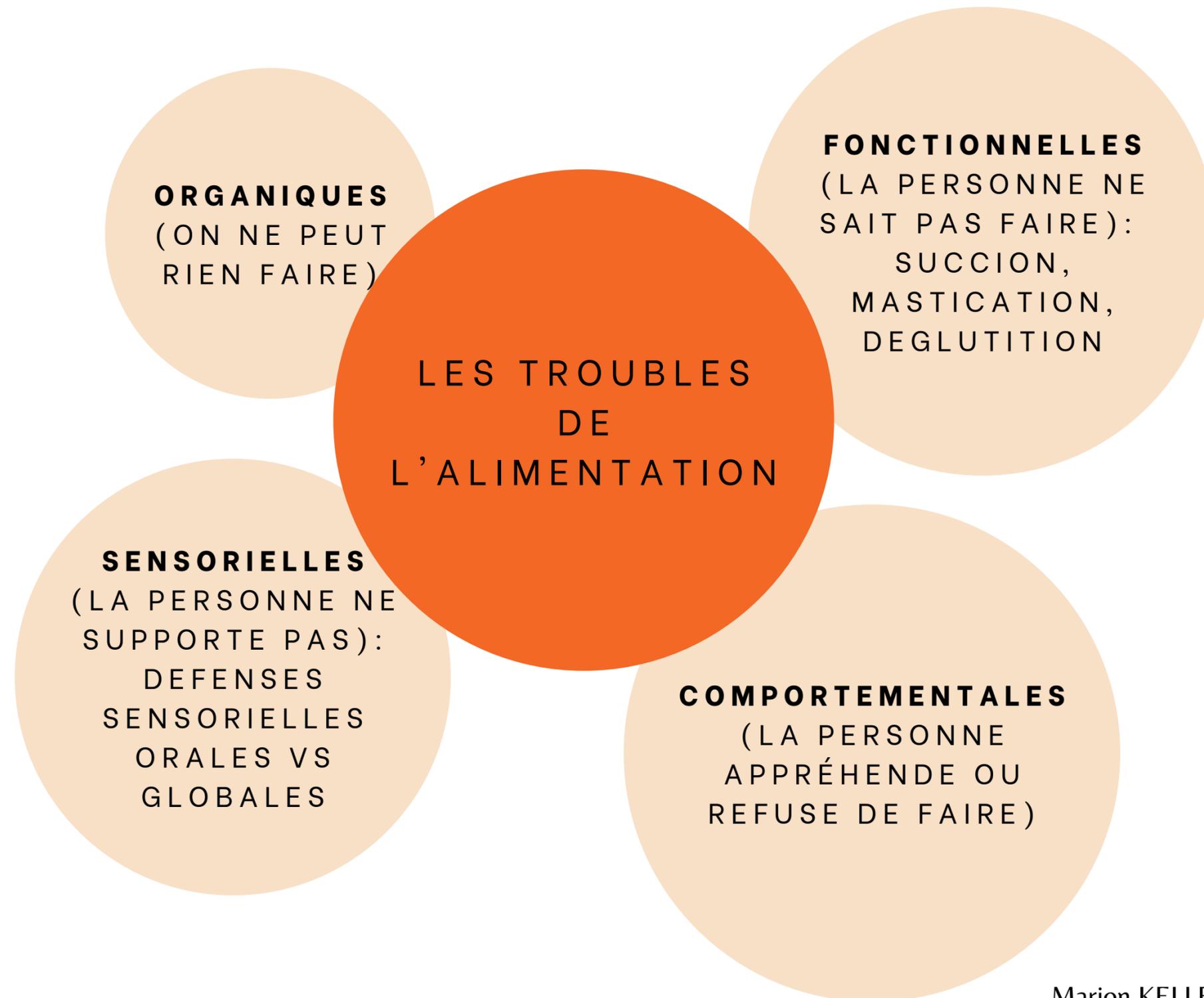
La déglutition

La déglutition permet le transport des aliments de la bouche vers l'estomac.



- **Phase orale : phase volontaire.** Une fois en bouche, les aliments sont mâchés et enrobés de salive. Dès que l'on décide d'avaler, la langue s'élève pour propulser le bol alimentaire vers l'arrière de la gorge.
- **Phase pharyngée : phase réflexe.** Le réflexe de déglutition se déclenche (élévation du voile du palais, contraction du pharynx, remontée du larynx,accolement des cordes vocales, bascule de l'épiglotte). Les voies respiratoires se ferment pour éviter les fausses routes.
- **Phase œsophagienne : phase réflexe.** Le péristaltisme œsophagien pousse le bol alimentaire vers l'estomac. Fermeture de l'entrée de l'estomac par un sphincter pour éviter les reflux gastriques.
+/- 2 secondes pour les liquides
+/- 7 à 20 secondes pour les solides

Les causes des troubles de l'alimentation



La dysphagie : définition

- C'est un trouble de la déglutition => trouble du transfert du bol alimentaire de la bouche vers l'estomac.
- L'atteinte peut se situer à différents niveaux.
- Ce trouble peut avoir des conséquences graves comme la fausse route.

 Nombre de déglutitions/24h
Salive = 1500 à 2000 fois
Repas = 400 à 600 fois

Les dysphagies

Trouble de la phase orale

- Difficultés de mise en bouche
- Bavage
- Difficultés de mastication ou mastication excessive
- Conservation du bol en bouche (par difficultés de propulsion)
- Stases buccales
- Comportements d'aspiration des aliments

Trouble la phase pharyngée

- FAUSSES ROUTES
- Retard de déclenchement du réflexe de déglutition (FR aux liquides)
- Toux immédiate
- Dyspnée, essoufflement
- Déglutition multiples pour une bouchée
- Toux après déglutition/FR à la reprise respiratoire (stases pharyngées)
- Voix mouillée, sans toux (stases laryngées)
- Bruits hydroaériques dans le cou (gargouillis)
- Reflux nasal

Trouble de la phase oesophagienne

- Reflux gastro-œsophagien
- Sensation de blocage des aliments dans l'œsophage

En résumé

- Dysphagie oro-pharyngée (atteinte des phases 1 et/ou 2) => défaut de constitution ou de propulsion du bol alimentaire, défaut de protection des voies respiratoires
- Dysphagie œsophagienne (atteinte de la phase 3) => sensation de gêne ou de blocage durant le transfert œsophagien



La dysphagie ne signifie donc pas uniquement fausse route et toux !

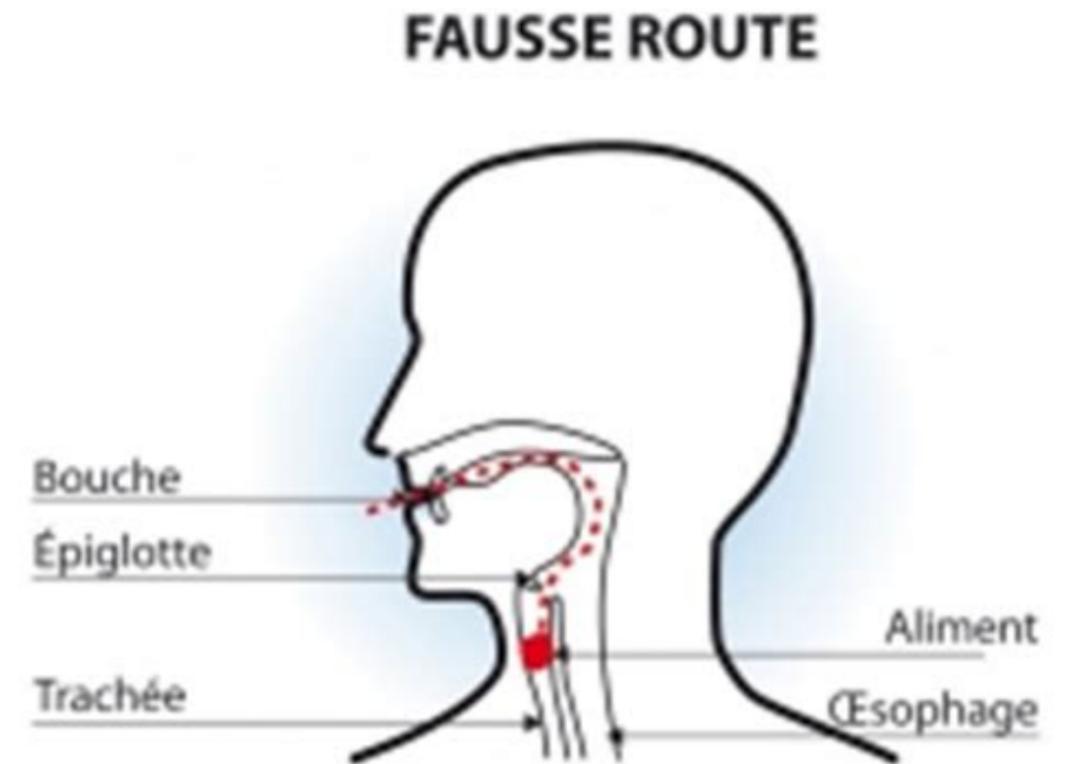
Mais aussi :

- mastication longue et difficile voir douloureuse
- altération des perceptions sensibles, olfactives, gustatives, motrices...
- essoufflement
- reflux gastro-œsophagien
- ...

La fausse route

Il existe différents types de FR :

- Fausse route primaire : toux avant ou pendant la déglutition (perturbation du temps oral)
- Fausse route secondaire : toux après la déglutition
- Fausse route silencieuse : réflexe de toux absent. Signes cliniques = larmolement des yeux, coloration ou décoloration de la peau, bruits hydroaériques, dyspnée, voix mouillée et tous signes non verbaux objectivant un changement.



Lors d'une fausse route, le bol alimentaire passe dans les voies respiratoires au lieu d'aller dans le tube digestif.

Les troubles de l'oralité alimentaire

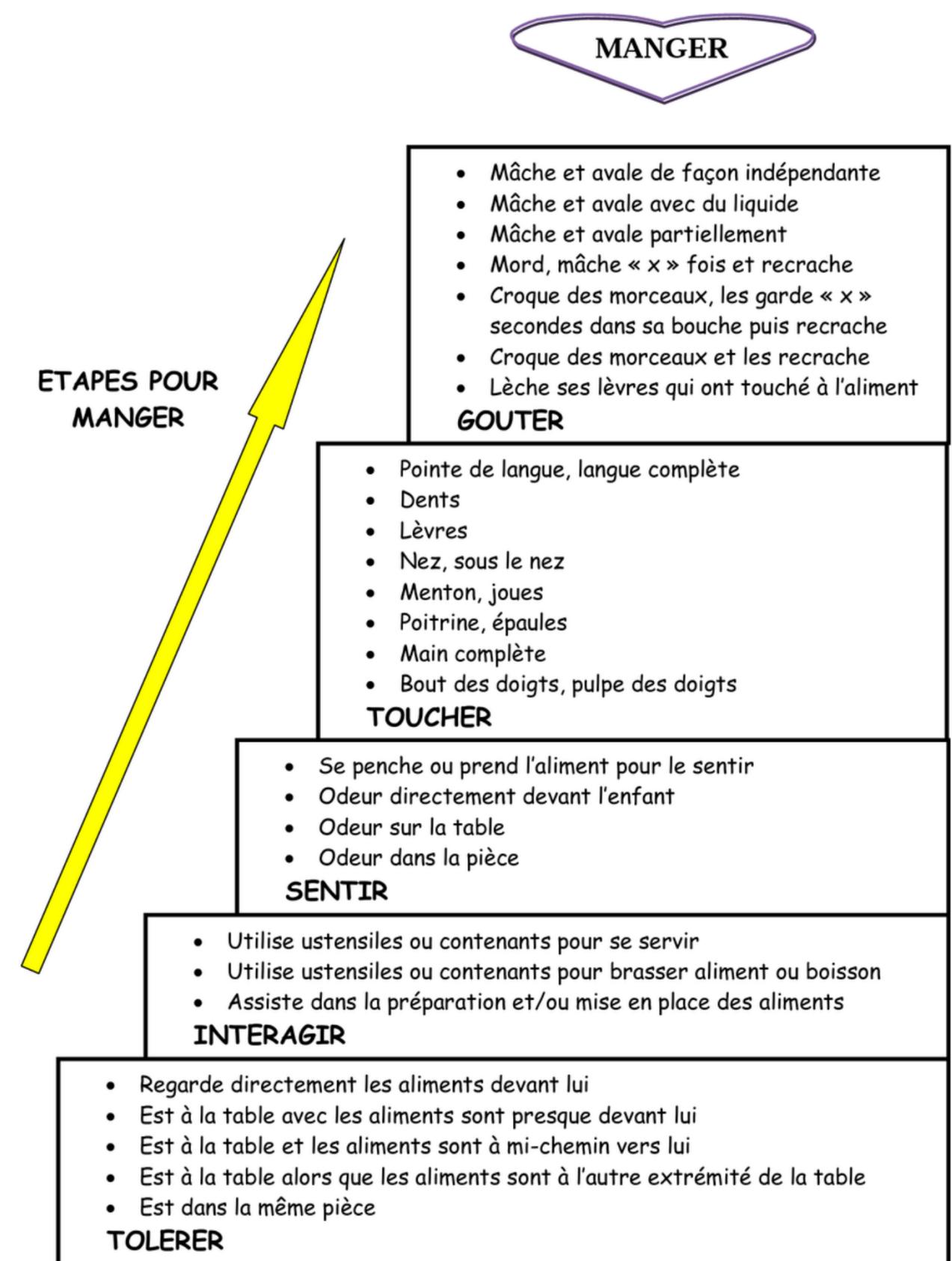
Un acte complexe

| Oralité primaire | Oralité secondaire |
|---|--|
| Structures neurologiques sous corticales, oralité réflexe | Corticalisation, oralité volontaire |
| Jusqu'à 3-4 mois | Entre 4 et 7 mois |
| Nécessité de calmer un besoin alimentaire (allaité ou nourri au biberon) | Vers la mastication (praxies de mastication acquises dans le 2ème année) |
| Signes d'alerte : RGO, fuites labiales, difficultés d'accroche au sein, augmentation du temps de l'allaitement, crevasses chez la mère... | Signes d'alerte : réflexes nauséux, refus des morceaux, sélectivité alimentaire, cassure courbe de poids |

- Satisfaction de la sensation de faim
- Echange relationnel et affectif : langage, posture, affect
- Nécessité d'avoir des fonctions vitales performantes : respiration, digestion (chaîne physiologique)
- Plaisir oral : découvrir et investir sa bouche : coordination main-bouche, exploration orale des objets, investissement non nutritif comme un espace de plaisir.
- Plaisir sensoriel : tous les sens en éveil
- Acquisitions au niveau psychomoteur et installation.

L'intégration sensorielle

- Intégration possible grâce aux systèmes sympathique (mise en alerte, réactions de fuite ou de combat et contrôle des activités inconscientes) et parasympathique (retour au calme).
- Processus d'habituation : intégration d'un stimulus du quotidien, organisation des informations sensorielles, modification et adaptation du comportement.
- Infos extérieures : stimuli sonores, tactiles, olfactifs, visuels.
- Infos intérieures : sens vestibulaire, proprioception.



Etiologies

- Anomalies neurodéveloppementales : encéphalopathie, myopathies, dystrophies musculaires, myasthénie, maladies génétiques et syndromiques, infirmité motrice cérébrale
- Troubles du spectre autistique
- Anomalies anatomiques/organiques/fonctionnelles
- Polyhandicap
- Troubles du comportement alimentaire
- Autres handicaps moteurs, sensoriels et/ou déficience intellectuelle
- Troubles neurologiques acquis : AVC, traumatisme crânien
- Pathologies neurodégénératives : SEP, SLA, Maladie de Parkinson et syndromes parkinsoniens, Maladie d'Alzheimer, Maladie de Friedreich...
- Cancers ORL
- Suite à une intubation de plus de 3 jours
- Mauvais état bucco-dentaire



*Cas particulier : la presbyphagie
Vieillesse physiologique des tissus : baisse du tonus des muscles péri-oraux, linguaux et pharyngés.
Dégradation de l'état des gencives et des dents.
Réflexe de toux diminué.
Trouble souvent méconnu ou minimisé.*

Les troubles de l'alimentation

En pratique

- Les problèmes digestifs
- Les conséquences de la dysphagie
- Les signes d'alerte
- Les troubles de l'oralité



Les problèmes digestifs chez la personne porteuse d'un handicap

- Le reflux gastro-œsophagien : remontée du liquide gastrique vers l'œsophage (cardia qui remplit pas son rôle + vidange de l'estomac extrêmement longue).
- La dilatation gastrique : dilatation de l'estomac qui se remplit d'air entraînant une perte de la sensation de faim.
- La constipation : trouble de la progression du bol fécal par ralentissement du transit intestinal et/ou trouble de l'évacuation par perturbation des mécanismes de défécation.

Ces troubles sont très fréquents chez les personnes polyhandicapées.

Les conséquences de la dysphagie

Conséquences cliniques

- Risque vital
- Pneumopathies d'inhalations
- Détérioration de la fonction respiratoire
- Carences alimentaires
- Risque de malnutrition ou dénutrition
- Risque de déshydratation
- Pics de fièvre inexpliqués
- Difficultés à prendre les médicaments
- Perte de poids

Conséquences psycho-émotionnelles possibles

- Anxiété associée aux repas (peur de la fausse route) pour la personne mais aussi pour ses proches et/ou le personnel soignant
- Bouleversement des habitudes alimentaires
- Perte du plaisir de boire et de manger
- Frustration
- Isolement social
- Dépression réactionnelle corrélée significativement à la dysphagie
- Réduction de la qualité de vie

Les signes d'alerte

Généraux

- Perte de poids
- Durée des repas anormalement rallongée
- Modification de la voix (timbre rauque ou mouillé)
- Présence de bronchite à répétition
- Pics de fièvre inexplicables

Pendant le repas

- Présence de toux
- Larmoiement
- Raclement de gorge après la déglutition
- Apparition d'une gêne dans la gorge en mangeant
- Reflux nasal
- Modification de la couleur des lèvres ou du visage

En dehors des repas

- Présence de toux
- Difficultés à respirer
- Résidus en bouche
- Bavage
- Haleine fétide
- Difficultés à prendre les médicaments



Les retentissements respiratoires (pneumopathies, encombrements bronchiques, pics fébriles inexplicables) et nutritionnels (perte de poids, dénutrition, déshydratation) sont des facteurs de gravité.

Les troubles de l'oralité

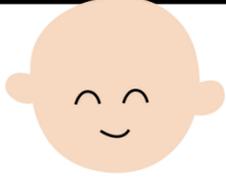
Signes cliniques

Dans le discours des parents :

- Il a des difficultés pour manger
- Il refuse ses biberons, la cuillère
- Il ne sait pas avaler, avale tout rond, ne sait pas mâcher
- Il ne mange pas de morceaux
- Il veut toujours les mêmes aliments
- Il a des nausées, vomit pendant les repas ou « se fait vomir »
- Il s'essuie tout le temps les mains
- Il refuse de se brosser les dents

Les troubles de l'oralité

Les conséquences

| |  |  |
|---|---|--|
| Difficultés d'alimentation | abolition de la notion de plaisir, perturbation du lien | incapacité à nourrir, sentiment de culpabilité, gestes de forçage |
| Angoisse de la prise alimentaire | cristallisation du trouble, refus/défenses corporels, perturbation des expériences polysensorielles | perturbation du lien, abolition de la notion de plaisir, dystimulations polysensorielles |

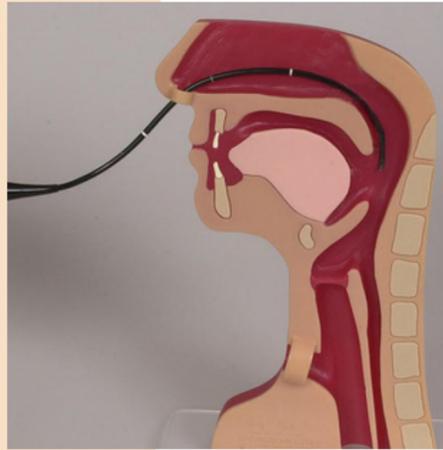
Les troubles de l'alimentation

Démarche thérapeutique

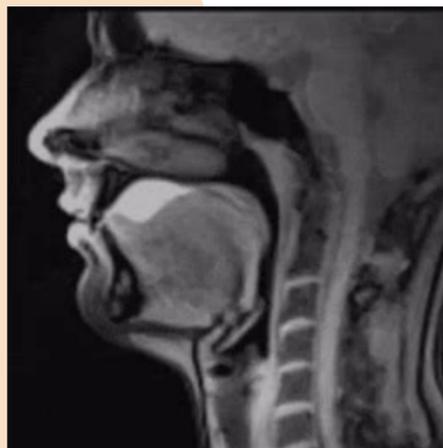
- Le diagnostic
- Les types de dysphagie
- Les adaptations pour réduire la dysphagie
- L'hygiène bucco-dentaire
- Les adaptations : bénéfiques
- Les adaptations : toxicité potentielle



Diagnostic : évaluation instrumentale



- La nasofibrosopie : l'ORL introduit un fibroscope dans le nez du patient, ce qui lui permet de voir ce qui se passe lorsque le patient déglutit de l'eau gélifiée ou une gorgée d'eau colorée. Cet examen permet de détecter des lésions, des déficits sensitifs et des dysfonctionnements de la sphère ORL.



- La vidéo-déglutition : examen radiologique dynamique qui permet d'analyser les différentes phases de la déglutition et de repérer les textures susceptibles de poser problème.

Diagnostic : évaluation clinique

Le bilan orthophonique



- Recueil d'informations auprès du patient ou de l'entourage
- Observation de la physiologie
- Observation de la respiration
- Observation des praxies bucco-linguo-faciales
- Recherche des réflexes nauséeux
- Test de la sensibilité et des particularités sensorielles
- Observation du déroulement d'un repas et notamment des phases orales et pharyngées de la déglutition
- Essais alimentaires, essais de textures (dans le cadre d'un trouble de l'oralité : textures alimentaires et non alimentaires)

Diagnostic

| | Réponse | Description des mécanismes pathologiques | Recherche étiologique | effectué par un spécialiste | adaptation de textures personnalisées | proposer une rééducation |
|--------------------------|-------------------------|--|-----------------------|--|---------------------------------------|--------------------------|
| dépistage | oui non | non | non | médecin, IDE | non | non |
| évaluation clinique | complexe, discussion | hypothèses diagnostiques | oui | orthophoniste | prudentes | non |
| évaluation instrumentale | complexe, discussion | oui | oui | ORL, phoniatre, spécialisés en déglutition + orthophoniste | oui | oui |

V. Ruglio

Les types de dysphagies

Dysphagie fonctionnelle (salive, liquide, solide) ou structurale (pathologies ORL)

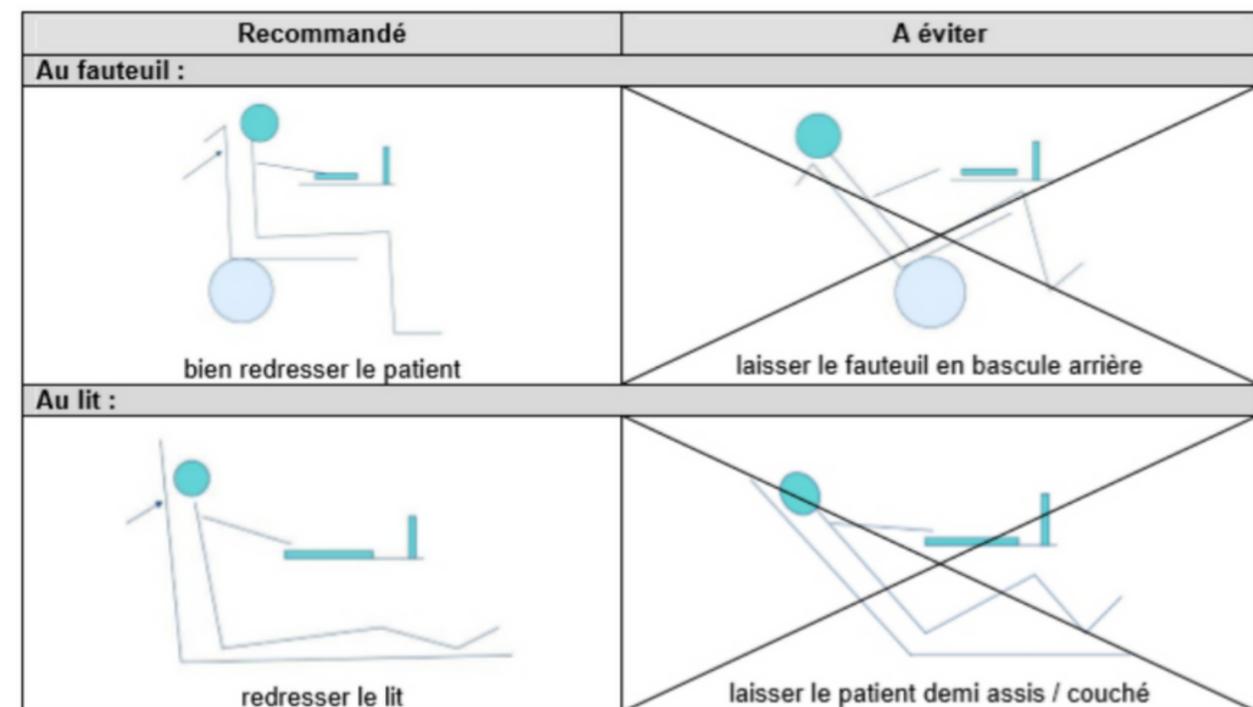
Caractère de la dysphagie :

- Aigu : post-AVC ou chirurgie ORL => récupération spontanée
- Chronique : troubles qui reviennent régulièrement
- Intermittent : chez patients gériatriques (nécessite un contrôle régulier)
- Constant : dans les pathologies neuro-dégénératives (difficultés à chaque repas)

Les adaptations

L'installation du patient

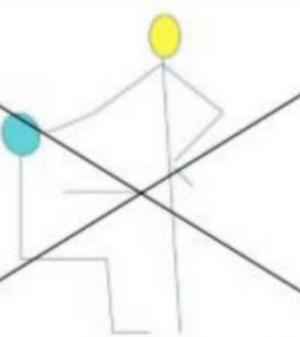
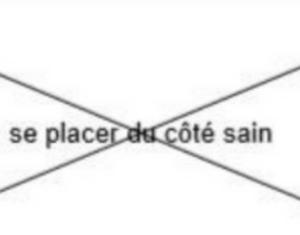
- L'installation du patient : positionner correctement la personne pour éviter les fausses routes.
- L'atmosphère doit être calme sans élément distractif (sans télévision).
- La personne doit être confortablement installée et calée pour ne pas glisser au long du repas.
- La tête peut être calée par un coussin si nécessaire.
- En position assise (voire semi-assise).
- Appareils dentaires adaptés en place.
- La personne est concentrée et vigilante.
- Elle évite de parler en mangeant.



Les adaptations

Les recommandations pour l'aidant

- Prendre le temps nécessaire au repas.
- S'asseoir en face de la personne pour éviter la rotation de la tête et légèrement plus bas pour éviter l'hyper-extension de la tête.
- Cas particulier : chez les personnes hémiplegiques, se placer du côté paralysé pour favoriser le passage du bol alimentaire côté sain.
- Donner de petites bouchées.
- Fractionner le repas en cas de fatigue.
- Attendre la déglutition de la bouchée avant de donner la bouchée suivante.
- Savoir reconnaître les fausses routes.

| Recommandé | A éviter |
|---|---|
| <p>Position de l'aidant :</p>  <p>à table, s'asseoir - au lit : remonter le lit pour se trouver à hauteur du patient ou légèrement en dessous</p> |  <p>rester debout</p> |
|  <p>se placer du côté déficitaire</p> |  <p>se placer du côté sain</p> |

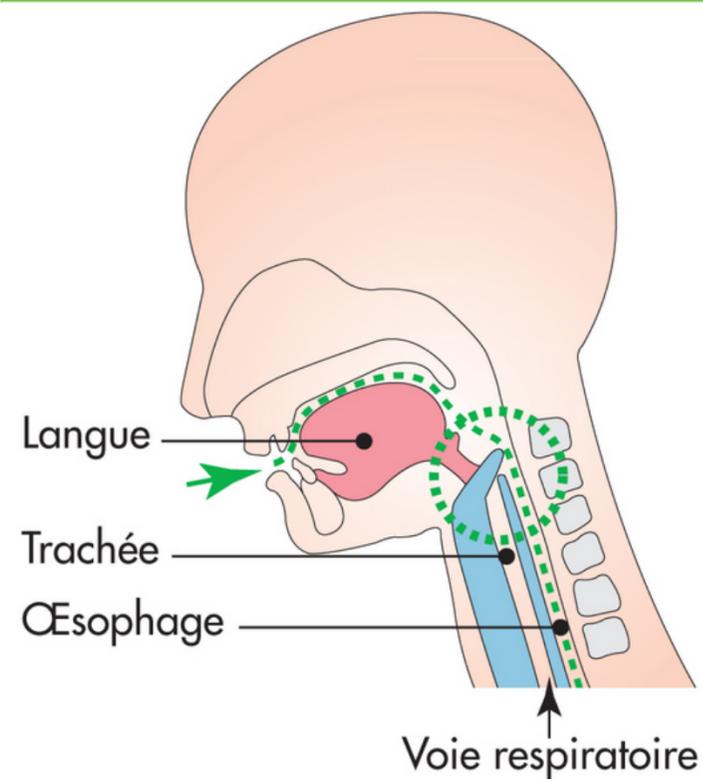
Les adaptations

La posture

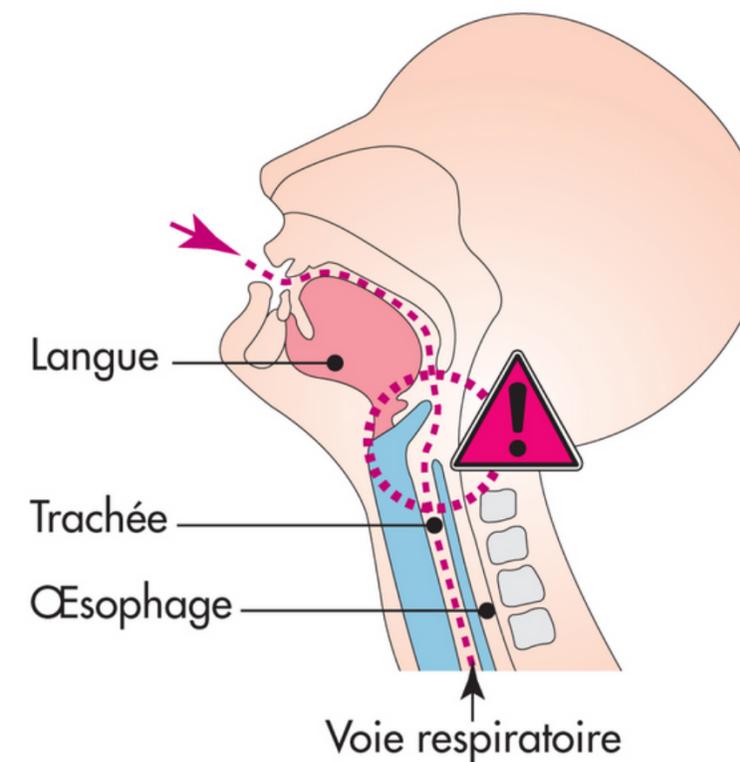


Il n'y a pas une posture mais des postures en fonction de chaque patient.

FAIRE : BAISSER LA TÊTE



NE PAS FAIRE : LEVER LA TÊTE



Les adaptations

Les outils

L'orthophoniste, expert dans la prise en soin du patient dysphagique, adapte son intervention et ses recommandations en fonction du bilan clinique et des évaluations instrumentales : il veille à la sécurité de la prise alimentaire et permet ainsi de préserver pour le patient et les aidants le plaisir et le confort de la prise alimentaire.



AIDES EXTERNES :
COUVERTS COUDÉS
COUVERTS À GROS MANCHE
COUVERTS LESTÉS
ASSIETTE À REBORD
TAPIS ANTIDÉRAPANT
TABLETTE ADAPTÉS AU
FAUTEUIL
VERRES ÉCHANCRÉS
GRANDES CUILLÈRES



Les adaptations

Les aliments



A température adaptée, au goût de la personne : aliments chauds ou bien frais mais éviter à température ambiante

En quantité suffisante pour avoir conscience du bol alimentaire (quantité équivalente à $\frac{1}{2}$ cuillère à soupe)

Favoriser les aliments riches en goût : sucrés, salés, acides ou amers. Éviter les aliments fades.

A noter : les aliments acides facilitent la production de salive.

Les adaptations

Les textures



Une alimentation adaptée facilite la déglutition et joue un rôle essentiel dans la prévention des risques de fausse route, de déshydratation et de dénutrition.

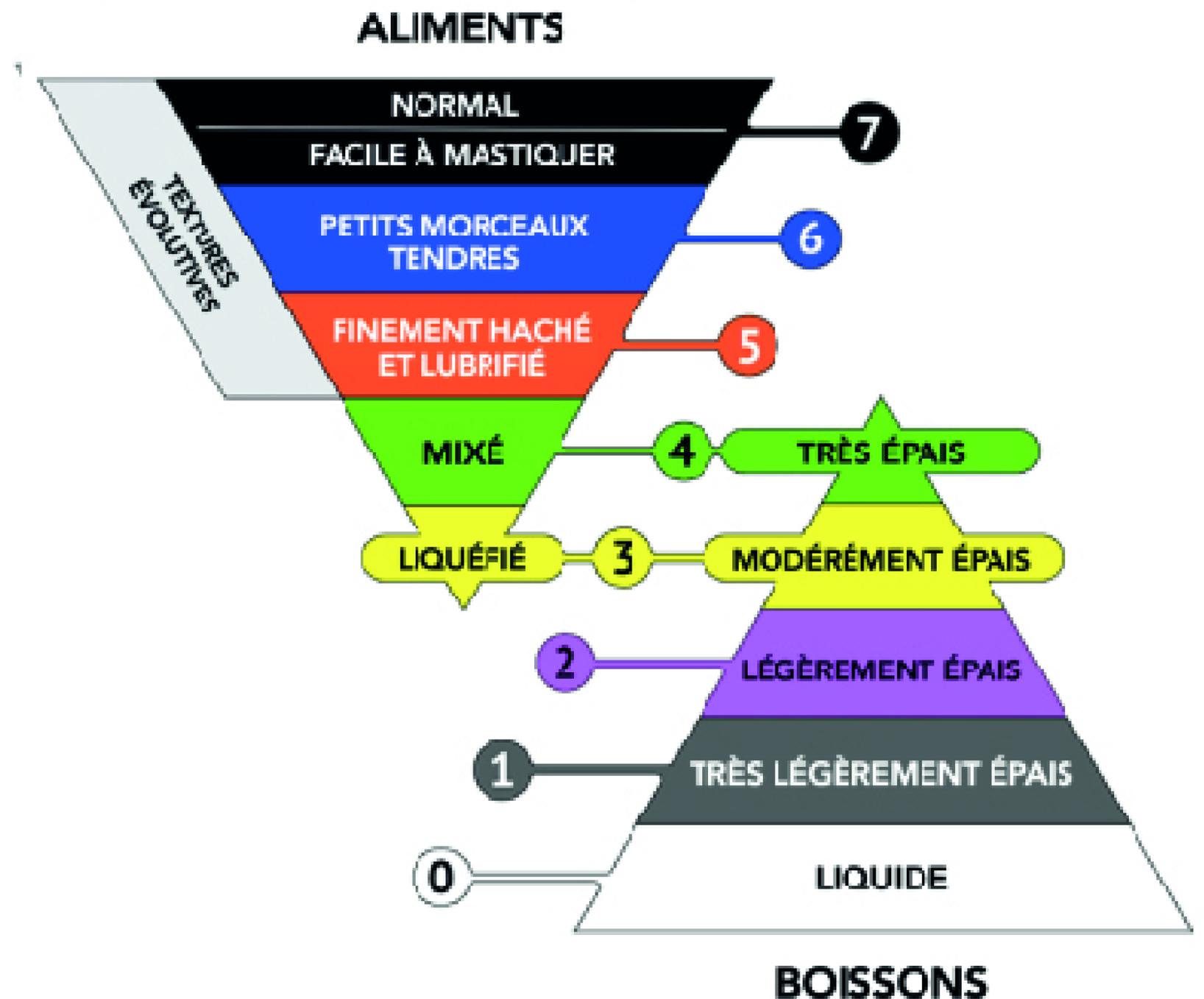
Lorsque la mastication devient difficile, ou lorsque les aliments solides font courir un risque de fausse route, la texture des aliments doit être modifiée.

Les textures proposées sont donc adaptées aux capacités masticatoires et de déglutition du patient.

Les textures

L'IDDSI (International Dysphagia Diet Standardisation Initiative) est un organisme ayant développé avec la participation de patients, aidants, professionnels de santé, industries, associations de professionnels et sociétés savantes de divers pays ; une nouvelle terminologie, universelle et standardisée des textures modifiées et des liquides épaissis utilisés auprès des personnes dysphagiques.

Elle a pour objectif d'instaurer un langage commun entre tous les intervenants du parcours des patients atteints de troubles de déglutition.



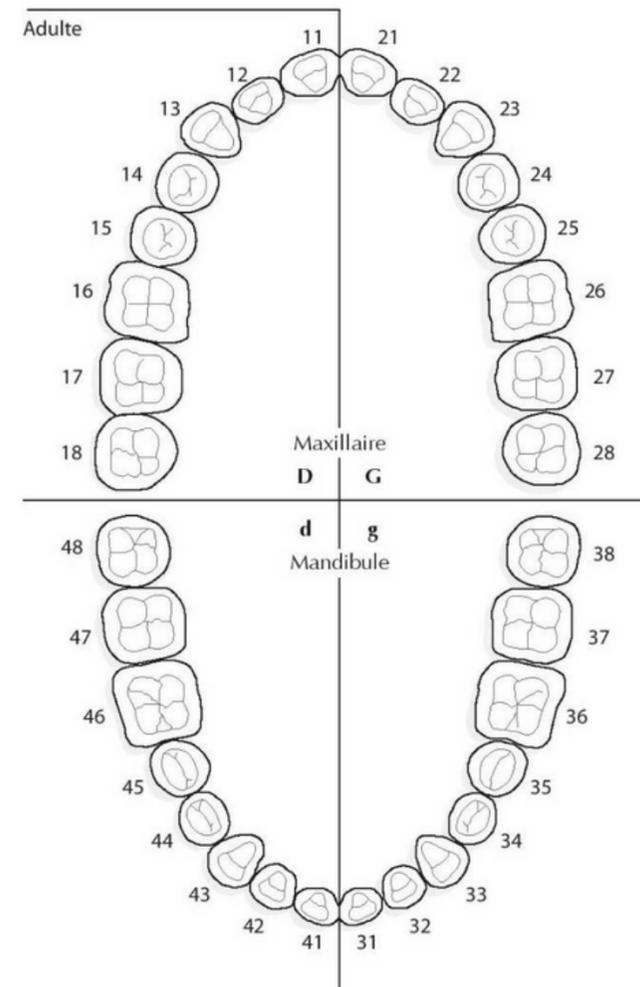
Les adaptations

Les aliments à risque de fausse route



- Durs, ronds, croustillants : pomme crue, fruits verts, radis, fruits oléagineux (cacahuètes, amandes...), bonbons, aliments gratinés, frites...
- Fibreux : viandes de 2ème catégorie type bourguignon, légumes type salsifis, poireaux, blanc de blettes, ananas...
- A grains, pépins ou noyau :
 - riz, semoule, blé, grains de moutarde...
 - raisins, tomates cerises...
 - cerises, olives...
- A enveloppes : légumes secs, petits pois, orange, fruits rouges...
- Qui s'émiettent ou s'éparpillent : biscottes, biscuits secs, viennoiseries, vermicelles...
- Couvrants : salade, crêpes...
- Mixtes : potage aux vermicelles, fruits au sirop...

L'hygiène bucco-dentaire



Vérifier le port de l'appareil dentaire pour la mastication des morceaux.

Attention à ce que celui-ci soit bien adapté à la morphologie de la personne (risque d'asphyxie par avalement).

Nettoyage quotidien des dents et des appareils.

Soins buccaux après chaque repas quand il y a des résidus buccaux.

Traitement des mycoses.

 *Dents manquantes = perte de coefficient masticatoire*

Article de Santé Magazine, paru le 14 juillet 2021

« Selon une étude menée par des chercheurs du NYU Rory Meyers College of Nursing, et publiée dans JAMDA: The Journal of Post- Médecine de soins actifs et de longue durée, (...) les adultes avec plus de perte de dents avaient un risque 1,48 fois plus élevé de développer des troubles cognitifs [et de démence] ».

« Les chercheurs ajoutent qu'à chaque dent perdue le risque de déclin cognitif augmente. Une précision, ce risque n'était pas significatif chez les personnes âgées portant des prothèses dentaires, ce qui suggère qu'un traitement rapide avec des prothèses dentaires protégerait contre le déclin cognitif ».

« Des études antérieures ont établi un lien entre la perte des dents et la fonction cognitive diminuée », rappelle l'article. « Les dents manquantes peuvent entraîner des difficultés à mâcher, ce qui peut contribuer à des carences nutritionnelles ou favoriser des changements dans le cerveau. De plus en plus de recherches indiquent également un lien entre les maladies des gencives, l'une des principales causes de perte de dents, et le déclin cognitif ».

« Les chercheurs ont découvert que les adultes avec plus de perte de dents avaient un risque 1,48 fois plus élevé de développer des troubles cognitifs et 1,28 fois plus de risque de recevoir un diagnostic de démence. De plus, ceux qui avaient moins de dents étaient plus susceptibles d'avoir des troubles cognitifs s'ils n'avaient pas de prothèse dentaire (23,8%) par rapport à ceux ayant une prothèse (16,9%) ».

« Au gré de leurs analyses, ils ont constaté que chaque dent manquante supplémentaire était associée à un risque accru de 1,4% de troubles cognitifs et de 1,1% de risque accru de diagnostic de démence ».

« Cette relation 'dose-réponse' entre le nombre de dents manquantes et le risque de diminution de la fonction cognitive renforce considérablement les preuves établissant un lien entre la perte des dents et les troubles cognitifs, et fournit des preuves que la perte des dents peut en fait prédire le déclin cognitif », résume Xiang Qi, un doctorant de NYU Meyers.

Les adaptations

Bénéfices

Modification des textures alimentaires :

- diminution du risque d'inhalation
- diminue l'effort de manipulation orale et de déglutition
- diminue le risque de dénutrition et de perte de qualité de vie

Épaississement des boissons :

- diminution du risque d'inhalation

Les boissons trop épaisses :

- *augmente le risque de résidus et donc le risque de fausse route*
- *augmente le risque de déshydratation (baisse de la biodisponibilité de l'eau)*
- *diminue la biodisponibilité médicamenteuse*



Un épaississement efficace doit être personnalisé et nécessite un examen avec un spécialiste.

Les adaptations

Toxicité potentielle

L'examen clinique, seul, ne permet pas d'identifier la cause des troubles. Sans évaluation instrumentale associée, il n'est donc pas possible de faire des propositions thérapeutiques personnalisées => introduit une toxicité immédiate.

Risques multiples :

- nutritionnels (notamment chez les patients avec trouble neurodégénératif => désintérêt pour la nourriture) ;
- de perte de qualité de vie et de liberté au sens large (ne plus pouvoir manger ce que l'on veut limite la vie sociale) ;
- de perte de temps et de chance pour le patient (rééducation ciblée) ;
- de perte financière pour la communauté ;
- de perte de capacités fonctionnelles (déglutition et mastication).



La fonction fait la fonction => la mastication doit être maintenue notamment en cas de difficultés de transport œsophagien.

Les troubles de l'alimentation

Aspects éthiques et juridiques

d'après V. Ruglio, Congrès Prise en soins en neurologie 2023

- Cadre légal
- Cadre éthique
- Principe de non malfeasance
- Care & Cure



Cadre légal

Droit du patient

Ethique : "visée de la vie bonne, avec et pour les autres, dans des institutions justes" (Ricoeur, 1990)

- Premier principe bioéthique : respect de l'autonomie du patient
- Autonomie : "Faculté de s'administrer librement, de s'autodéterminer"
- Les lois de la bioéthique affirment le droit du patient à décider pour lui-même et à prendre des risques.
- Le patient a le droit d'être informé mais aussi le droit à ne pas être informé ou à l'incertitude.
- Le consentement ou le refus sont l'expression de l'autonomie de la personne.



Les soignants doivent donc quitter la position paternaliste et chercher à connaître/respecter les souhaits du patient.

LA FAMILLE
QUI APPORTE
EN CACHETTE
GÂTEAUX,
SAUCISSON...



L'ÉQUIPE
SOIGNANTE,
SES BILANS ET
SES
ADAPTATIONS.

V. Ruglio

Consentement dans le soin

- Fondé sur la relation thérapeutique de confiance réciproque.
- Processus évolutif et dynamique : le patient a le droit de cheminer, d'évoluer dans ses choix (inclus les changements d'avis et les rétractations). Le choix du patient est a priori recevable et il n'a pas à le justifier (droit de refus sans explication).



En cas d'altération de l'autonomie psychique du patient :

- Recherche systématique du consentement
- Si le consentement n'est pas possible : la recherche d'autres formes d'expression plus subtiles, moins formelles doit être poursuivie
- Recherche essentielle de l'assentiment (équipes pluriprofessionnelles doivent reconnaître, observer, décrire, interpréter, respecter l'assentiment du patient)
- Décision pour autrui : accroître et prioriser le rôle de la personne de confiance ("volonté prolongée" de la personne vulnérable).
- Aide à l'élaboration du consentement = acte de soin à part entière.
- Traçabilité du cheminement (tout noter permet de limiter la subjectivité).

Cadre légal

Responsabilité juridique

- Responsabilité juridique : assumption des conséquences de ses fautes.
- Faute : comportement anormal (au regard des textes, techniques de soins, recommandation de bonnes pratiques) engendrant un préjudice sur une personne.



Une fausse route ne constitue par une faute imputable au soignant : il s'agit d'un accident parfois imprévisible qui peut survenir chez un sujet sain.

- Négligence dans la prise en soin : peut être reprochée à un soignant si le risque augmenté était identifié pour un patient et que les précautions requises n'ont pas été appliquées.



Signalement des signes et circonstances précis de la FR = élément essentiel de la prévention.

Cadre éthique

Dilemme éthique : pas de bonne réponse

Réflexion commune avec pour guide :

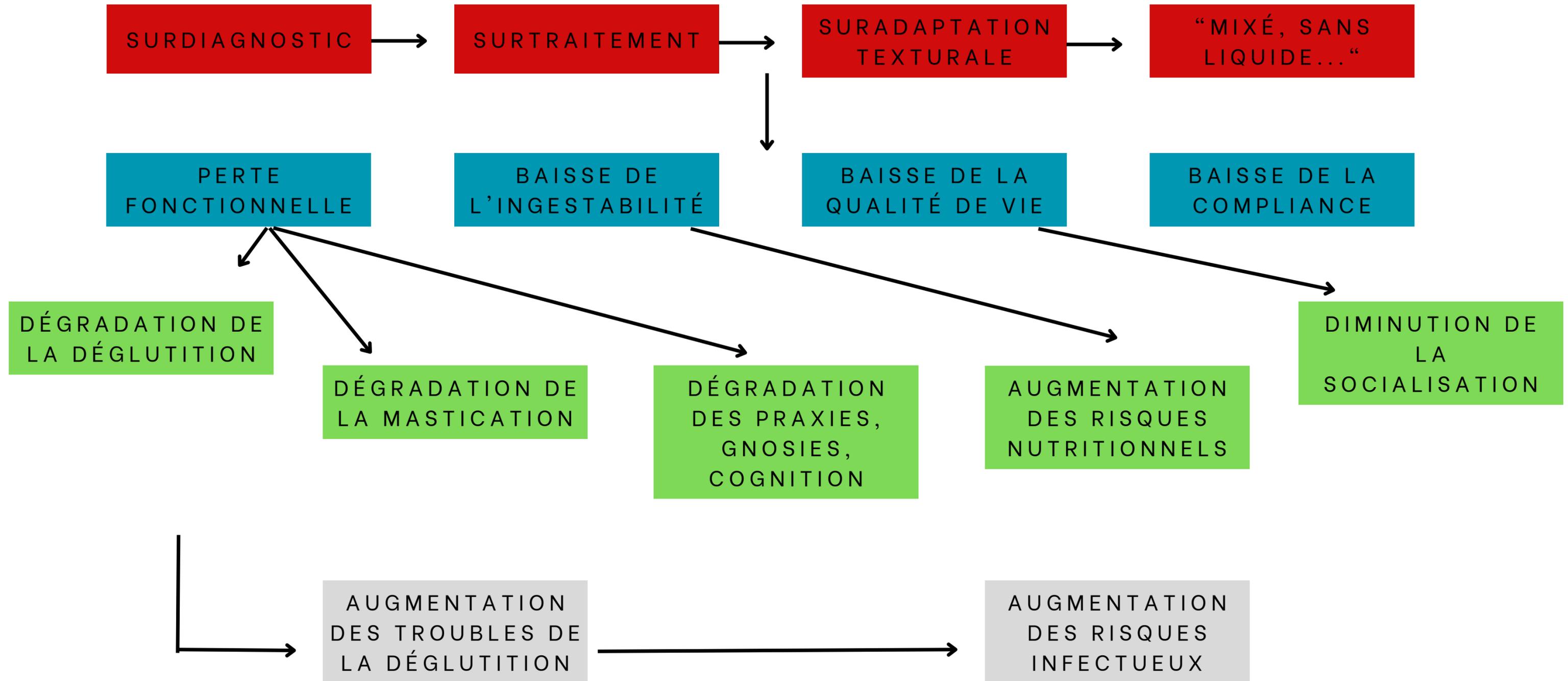
- le principe de non malfeasance (thérapeutique ne prenant pas en compte tous les facteurs en jeu = risque de nuire)
- les principes de l'EBP
- l'approche centrée sur le patient : partenariat avec le patient et son entourage, co-construction du projet thérapeutique, qualité relationnelle praticien-patient

Bénéfices :

- augmentation de la confiance du patient envers son praticien
- augmentation de la satisfaction du patient
- augmentation de l'efficacité des soins

Principe de non malfaisance

V. Ruglio



Care & Cure

Cure

- Traitement
- Visée curative, de guérison
- Guérir et pas seulement soigner

Care

- Soin
- Travail "relationnel" non mécanisable et "dont le produit ne peut être exhibé après coup" (Zaccari-Reyers)
- Effectué correctement, ce travail reste insaisissable, invisible

Conclusion

4 objectifs

- Sécurité pulmonaire
- Nutrition/hydratation
- Qualité de vie
- Maintien des fonctions de déglutition et de mastication si possible

Rééducation ciblée

- Surdiagnostic, surtraitement ou traitement non pertinents => risques multiples
- Rééducation selon le diagnostic instrumental
- Négociation fines bénéfiques/risques/éthiques

Travail pluriprofessionnel centré sur les souhaits et valeurs du patient.

Merci pour votre écoute.