

Un acteur indispensable pour les repas des patients dysphagiques et à risque de dénutrition

Les prises alimentaires des personnes hospitalisées ou en établissement médico-social sont souvent insuffisantes¹⁻³. Cette inadéquation, entre apports et besoins, participe à la dégradation de l'état nutritionnel des patients hospitalisés⁴. Pour favoriser l'apport et la consommation de nutriments, l'ESPEN définit 4 domaines d'intervention possibles⁵:

- L'environnement des repas
- Les repas
- La nutrition artificielle, y compris les suppléments nutritifs oraux
- L'alimentation en soins palliatifs

Si l'environnement des repas et la nutrition artificielle sont souvent organisés par les équipes médico-thérapeutiques et médicales⁵, la fourniture des repas nécessite un acteur supplémentaire indispensable, le service de restauration. En Suisse, il existe une spécialisation pour les cuisiniers sous forme d'un certificat fédéral de capacité (CFC) de cuisinier en diététique. Il s'obtient après un CFC de cuisinier et une année supplémentaire de formation. Parmi plusieurs compétences développées, certaines sont propres à leur formation:

- Acquérir des savoir-faire techniques pour modifier la texture des aliments
- Réaliser des enrichissements protéino-énergétiques de mets
- Connaître les critères des principales textures modifiées

Ces compétences sont très utiles dans les milieux de soins puisque la prévalence de la dysphagie des personnes âgées et des patients souffrant de troubles neurologiques atteint les 50%⁶ et 38% des personnes opérées pour un cancer de la sphère ORL (oto-rhino-laryngologie) ne sont plus capables de consommer une alimentation à texture «normale»⁷.

Définition des textures modifiées

Il n'existe pas de consensus pour une définition univoque des textures modifiées en Suisse⁸ et chaque établissement à ses propres protocoles. En 2014, 27 appellations de textures modifiées avaient été recensées parmi 11 protocoles reçus d'établissement de soins en Suisse romande⁸. Le groupe de projet pour une standardisation internationale des textures adaptées à la dysphagie (IDDSI)⁹ propose une classification des textures en 8 niveaux, du liquide au « normale ». En Suisse, les cuisiniers en diététique doivent maîtriser 5 textures, «liquide», «lisse», «mixée», «hachée» et «normale», en fonction de la taille (granulométrie), de la viscosité et de la résistance à la pression.

Prescription des textures modifiées

La prescription d'une texture modifiée n'est pas anodine puisque celle-ci peut entraîner une diminution de la consommation énergétique et protéique^{10,11} chez les personnes âgées ou après un accident vasculaire cérébral. L'évaluation des troubles de la déglutition est réalisée par des professionnels formés (diététiciens, ergothérapeutes, infirmiers, médecins, physiothérapeutes) et les spécificités de la texture prescrite sont habituellement transmises aux cuisiniers en diététique par

les diététiciens. Ceux-ci vont également évaluer, souvent par des bilans alimentaires, la consommation des patients. En fonction des résultats, un enrichissement protéino-énergétique des repas sera proposé pour améliorer le bilan alimentaire¹².

Pour modifier les textures, les cuisiniers ont à disposition, en plus de certains aliments, des texturants et des épaississants. Les aliments denses en énergie et/ou en protéines sont favorisés pour l'enrichissement et lorsque cela est nécessaire, des hydrolysats de protéines et du dextrine-maltose sont utilisés.

Conclusion

Alors que 84% des patients dysphagiques pensent que manger devrait être un plaisir, seuls 45% mangent avec plaisir¹³. Ce résultat montre l'importance d'adapter les textures et les enrichissements de manière adéquate et de prendre en compte les préférences alimentaires. Pour ceci, des liens étroits entre les équipes médico-thérapeutiques et médicales et le service de restauration sont indispensables. Une réévaluation des prescriptions doit se faire régulièrement afin d'adapter les repas en fonction de l'évolution des patients. Il est également nécessaire de prendre en compte l'environnement du repas et l'installation du patient qui jouent un rôle important dans la qualité et la quantité des prises alimentaires⁵.

*Raphaël Reinert, MAS Santé publique UniGe • BSc Nutrition et diététique HES-SO
Diététicien ASDD • Maître d'enseignement HES
Filière Nutrition et diététique • Haute école de santé • HES-SO Genève*

Le genre masculin est utilisé comme générique, dans le seul but de ne pas alourdir le texte.

Bibliographie:

1. Mudge AM, Ross LJ, Young AM, Isenring EA, Banks MD. Helping understand nutritional gaps in the elderly (HUNGER): A prospective study of patient factors associated with inadequate nutritional intake in older medical inpatients. *Clin Nutr.* 2011; 30(3):320-5.
2. Thibault R, Chikhi M, Clerc A, Darmon P, Chopard P, Genton L, et al. Assessment of food intake in hospitalised patients: A 10-year comparative study of a prospective hospital survey. *Clin Nutr.* 2011; 30(3):289-96.
3. Dupertuis YM, Kossovsky MP, Kyle UG, Raguso CA, Genton L, Pichard C. Food intake in 1707 hospitalised patients: a prospective comprehensive hospital survey. *Clin Nutr.* 2003; 22(2):115-23.
4. Norman K, Pichard C, Lochs H, Pirlich M. Prognostic impact of disease-related malnutrition. *Clin Nutr.* 2008;27(1):5-15.
5. Cederholm T, Barazzoni R, Austin P, Ballmer P, Biolo G, Bischoff SC, et al. ESPEN guidelines on definitions and terminology of clinical nutrition. *Clin Nutr.* 2017; 36(1):49-64.
6. Clavé P, Shaker R. Dysphagia: current reality and scope of the problem. *Nat Rev Gastroenterol Hepatol.* 2015; 12(5):259-70.
7. Yadav K, Nair D, Agarwal J, Chakrabarti S, Joshi S, Ingole P, et al. Prevalence of Functional Problems After Oral Cavity Malignancy Treatment at a Tertiary Center: Utilizing PSS-HN (Performance Status Scale for Head and Neck) Scale. *J Maxillofac Oral Surg.* 2016;15(1):38-44.
8. Feger L, Perseghini A. Consensus suisse romand sur les textures modifiées et les liquides épaissis : quel est le besoin des professionnels ? [travail de bachelier en ligne]. Genève : Haute école de santé de Genève. 2014 [consulté le 8 avril 2018]. Disponible: http://doc.reo.ch/record/232643/files/TB_DIET_2014_4_Feger_Perseghini.pdf
9. IDDSI - International Dysphagia Diet Standardisation Initiative [En ligne]. 2016 [consulté le 25 mars 2018]. Disponible: <http://iddsi.org>
10. Wright L, Cotter D, Hickson M, Frost G. Comparison of energy and protein intakes of older people consuming a texture modified diet with a normal hospital diet. *J Hum Nutr Diet.* 2005; 18(3):213-9.
11. Wright L, Cotter D, Hickson M. The effectiveness of targeted feeding assistance to improve the nutritional intake of elderly dysphagic patients in hospital. *J Hum Nutr Diet.* 2008; 21(6):555-62.
12. Morilla-Herrera JC, Martín-Santos FJ, Caro-Bautista J, Saucedo-Figueroed C, García-Mayor S, Morales-Asencio JM. Effectiveness of Food-Based Fortification in Older People. A Systematic Review and Meta-Analysis. *J Nutr Health Aging.* 2016; 20(2):178-84.
13. Social and Psychological Burden of Dysphagia: Its Impact on Diagnosis and Treatment | SpringerLink [En ligne]. 2002 [consulté le 2 avril 2018]. Disponible: <https://link.springer.com/article/10.1007%2Fs00455-001-0113-5>