

Centre de santé et de services sociaux
Haut-Richelieu—Rouville



PROGRAMME DE SOINS RELIÉS À L'ALIMENTATION EN CHSLD

**Préparé par : Marie-Ève Many, ergothérapeute, Cécilia Mendoza, orthophoniste,
Marthe Parisé, nutritionniste et Marie Savaria, conseillère soins infirmiers spécialisés**

En collaboration avec :

**Diane Bellemarre, coordonnatrice, Nadine Bellefroid, nutritionniste,
Claire Déry, coordonnatrice et Linh Duy Tao, orthophoniste**

**Juin 2006
Révisé octobre 2006**

TABLE DES MATIÈRES

INTRODUCTION	3
1.0 But et objectifs du programme	4
1.1 But	4
1.2 Objectifs	4
2.0 Importance de l'alimentation et de l'hydratation	5
2.1 Changements d'ordre physiologique	5
2.2 Éléments nutritifs	7
2.3 Rôles des nutriments	7
2.4 Apport hydrique	8
3.0 Anatomie et physiologie du processus de déglutition	10
4.0 Alimentation générale, règles de l'art	14
4.1 Positionnement et aides techniques à la posture	14
4.1.1 Positionnement	14
4.1.2 Aides techniques à la posture	18
4.2 Approche	19
5.0 Maintien de l'autonomie à l'alimentation	21
5.1 Utilisation d'aides techniques à l'alimentation	21
5.2 Interventions auprès de la clientèle atteinte de déficits cognitifs	22
6.0 Dysphagie	24
6.1 Causes	24
6.2 Signes et symptômes	25
6.3 Intervention	26
6.4 En cas d'obstruction occasionnelle ou partielle	26
6.5 Classification de textures d'aliments solides et des consistances de liquides	27
CONCLUSION	29
ANNEXE I Aide- mémoire pour le positionnement lors de l'alimentation	30
ANNEXE II Identification des problèmes reliés à l'alimentation et à la prise de la médication	32
ANNEXE III Méthode de Heimlich	34
RÉFÉRENCES	37

INTRODUCTION

Parmi les activités de la vie quotidienne, l'alimentation pour la plupart des personnes, y compris les personnes âgées, demeure une activité qui occupe une place très importante dans la vie de tous les jours. On connaît tous le vieil adage « ***manger est un plaisir de la vie*** ».

Ce programme se veut un document de référence en ce qui concerne les soins reliés à l'alimentation en CHSLD. Il a été élaboré en interdisciplinarité par divers professionnels impliqués et préoccupés par l'alimentation de la personne âgée hébergée en CHSLD.

En premier lieu, il sera question de la raison d'être du programme telle que précisée par la présentation du but et des objectifs, suivi de l'importance de l'alimentation et de l'hydratation.

Par la suite, l'anatomie et la physiologie du processus de déglutition de même que les règles de l'art reliées à l'alimentation en général seront traitées.

Enfin, il sera question des problèmes alimentaires rencontrés le plus fréquemment et des interventions proposées pour les contrer.

1.0 BUT ET OBJECTIFS DU PROGRAMME

Ce programme s'adresse, plus particulièrement aux membres des équipes de soins des CHSLD mais, on peut si référer pour tout autre clientèle du CSSS.

Il s'agit d'un document de référence d'ordre général et l'intervenant doit tenir compte des recommandations alimentaires découlant des différentes conditions de santé (ex. insuffisance rénale, diabète, insuffisance cardiaque, etc.)

Le but et les objectifs du programme sont les suivants :

1.1 But :

Augmenter la qualité de vie du résident face à ses besoins d'alimentation et d'hydratation.

1.2 Objectifs :

- Répondre aux besoins nutritionnels individuels.
- Favoriser une consommation alimentaire et une hydratation en quantité suffisante.
- Préserver l'autonomie face à l'alimentation.
- Améliorer la qualité des interventions reliées à l'alimentation.
- Reconnaître les différents problèmes reliés à l'alimentation, plus particulièrement la dysphagie, pour pouvoir y répondre efficacement.

2.0 IMPORTANCE DE L'ALIMENTATION ET DE L'HYDRATATION

Au-delà du plaisir, l'alimentation permet à tout être, de combler ses besoins nutritionnels, c'est-à-dire de lui fournir tous les éléments nutritifs dont il a besoin.

L'alimentation est influencée par les changements relatifs au vieillissement, surtout les changements d'ordre physiologique. Ces changements n'évoluent pas de la même façon chez tous les individus, de sorte qu'on ne peut pas déterminer à quel moment ils peuvent se produire ni leur vitesse d'évolution. Ils peuvent susciter des problèmes d'ordre nutritionnel au niveau de la digestion, de l'absorption et de l'élimination des aliments.

2.1 Changements d'ordre physiologique :

Ils se manifestent au niveau des principaux systèmes de l'organisme.

Au niveau cellulaire :

Plusieurs cellules de l'organisme meurent et ne se renouvellent pas créant ainsi une perte de cellules actives. On observe une diminution de tissu musculaire, de tonus musculaire (les tissus sont plus flasques) et de force physique.

Système osseux :

Puisque le vieillissement implique une perte cellulaire au niveau de tout l'organisme, on observe aussi une perte de cellules osseuses. La densité de l'os diminue, ce qui entraîne une maladie appelée ostéoporose.

Les principales causes de l'ostéoporose sont :

- Le déséquilibre hormonal,
- Une consommation insuffisante de calcium,
- Une insuffisance en vitamine D,
- L'immobilité, fréquente au troisième âge.

Système digestif :

Toutes les parties du système digestif subissent des changements plus ou moins marqués : bouche, estomac, intestin, foie, pancréas.

Bouche

La sécrétion de salive s'affaiblit. Par ailleurs, on remarque une diminution du goût qui est due à la réduction du nombre de papilles gustatives; ce phénomène explique en partie pourquoi les gens âgés trouvent que les aliments n'ont pas le même goût que durant leur jeunesse.

La mastication des aliments est souvent insuffisante, en raison d'une mauvaise dentition ou de prothèses dentaires mal ajustées. Une mauvaise dentition peut aussi entraîner des mauvais choix alimentaires ou une modification de texture.

Estomac

La digestion des aliments est plus lente ainsi, ils séjournent plus longtemps dans l'estomac. Celui-ci se vide donc plus lentement. L'acidité gastrique diminue, ce qui affecte l'absorption du calcium et du fer puisque ces deux minéraux sont mieux absorbés en milieu acide. De plus, le mécanisme d'absorption de la vitamine B₁₂ ralentit lui aussi au fil du temps.

Intestin

Le péristaltisme se fait plus lentement, ce qui favorise la constipation. Les problèmes de constipation se retrouvent chez la moitié de la population âgée. La constipation est souvent causée par une alimentation trop pauvre en fibres et en liquide. Le manque d'exercice physique et l'abus de laxatifs peuvent aussi en être la cause.

D'autre part, avec l'âge, environ le quart de la population âgée peut souffrir d'une intolérance au lactose.

Foie

Les sécrétions biliaires diminuent. La bile étant nécessaire à la digestion des matières grasses, on observe souvent une difficulté à digérer les aliments gras.

Pancréas

On observe une augmentation du diabète chez les personnes âgées. Ceci peut être causé par la diminution de sécrétion d'insuline par le pancréas ou en raison du fait que les cellules de l'organisme utilisent moins bien le sucre.

2.2 Éléments nutritifs :

Les éléments nutritifs apportés par l'alimentation sont :

- Les protéines
- Les glucides ou sucres
- Les lipides ou matières grasses
- Les vitamines
- Les minéraux

2.3 Rôles des nutriments :

Protéines

Les protéines constituent l'élément le plus important dans l'alimentation. On les retrouve dans la viande, la volaille, le poisson, les légumineuses, les produits laitiers, les œufs, le beurre d'arachide, les noix et le tofu.

Les protéines sont utilisées pour former et réparer les muscles, les organes, la peau, les cheveux et les os. Les protéines aident surtout à défendre l'organisme contre les infections ainsi qu'à la cicatrisation des plaies.

Si le résident refuse pour une raison quelconque de manger des protéines aux repas, on peut lui offrir un supplément nutritif pour combler ses besoins.

Conséquences d'une déficience en protéines :

- Troubles d'attention et de la vivacité intellectuelle
- Déshydratation
- Diminution de la cicatrisation des plaies
- Augmentation des plaies de pression
- Diminution des capacités respiratoires
- Incidence accrue de chutes
- Diminution de la force musculaire

- Fatigue, atteintes fonctionnelles
- Taux de mortalité accru.

Glucides ou sucres

Les glucides se retrouvent dans le pain, les produits céréaliers, les pommes de terre, les fruits, les légumes et les produits laitiers.

En plus des glucides, ces aliments apportent des calories, des vitamines, des minéraux et des fibres.

Lipides ou matières grasses

Les lipides sont une source d'énergie et d'acides gras essentiels. Ils aident entre autres à l'absorption des vitamines A, D, E et K.

On retrouve les lipides dans le beurre, la margarine, les vinaigrettes et les sauces.

Si la personne ne mange pas assez de lipides et de glucides, l'organisme va puiser son énergie dans les protéines, privant ainsi les muscles et le système immunitaire des protéines dont il a besoin.

Vitamines et minéraux

Les vitamines servent à libérer l'énergie des aliments. Elles servent aussi à nourrir toutes les cellules du système immunitaire. Les minéraux, quant à eux, les secondent dans leur travail. On les retrouve surtout dans les fruits et les légumes.

Parmi ces vitamines et minéraux, les personnes âgées doivent consommer en plus grande quantité surtout du calcium et de la vitamine D.

2.4 Apport hydrique

L'hydratation des aînés requiert une attention particulière, car la diminution de la sensation de la soif ainsi que la peur de l'incontinence urinaire entraînent bien souvent une ingestion liquidienne insuffisante.

Un manque de liquide peut contribuer à la déshydratation, la constipation et provoquer la confusion.

On recommande généralement un minimum de six à huit verres de liquide par jour, sauf en cas de fièvre ou de chaleur intense où l'on doit alors augmenter la consommation habituelle. Une restriction liquidienne peut s'appliquer en fonction de certaines conditions médicales.

On peut hydrater la personne âgée avec de l'eau, du lait, du jus de légumes ou de fruits, de la tisane, du bouillon, du thé ou encore du café.

En conclusion, les protéines, les matières grasses, les glucides, les vitamines et minéraux contenus dans les aliments dépendent tous les uns des autres, un peu comme les membres d'une équipe.

En fournissant aux personnes âgées une alimentation variée basée sur le Guide Alimentaire Canadien et en fonction de leurs goûts personnels, on peut espérer leur fournir les éléments nutritifs dont ils ont besoin.

3.0 ANATOMIE ET PHYSIOLOGIE DU PROCESSUS DE DÉGLUTITION

La déglutition est définie comme l'acte qui permet le passage de la salive, des sécrétions, des aliments et des médicaments de la bouche vers l'estomac, en passant par le pharynx et l'œsophage.

Elle implique une série complexe de mouvements volontaires et involontaires. Elle requiert une sensibilité adéquate, une intégrité des structures oropharyngées et une coordination extrêmement précise des mouvements, ainsi que la coordination du mécanisme qui assure la protection des voies respiratoires.

Lorsqu'on parle du mécanisme oropharyngé, on fait référence aux structures suivantes:

- Les lèvres
- Les joues
- Les dents et les gencives
- La langue
- Le palais de la bouche
- Le voile du palais
- Le pharynx

En ce qui concerne le mécanisme de protection des voies respiratoires, d'une part, il y a :

- La **valve vélo-pharyngée** (le voile du palais principalement) qui assure la fermeture de la cavité nasale, évitant ainsi la régurgitation nasale.
- La **valve laryngée**, pour sa part, implique plusieurs structures telles les cordes vocales et l'épiglotte et empêche l'entrée de nourriture dans la trachée puis dans les poumons.

Il est possible de diviser, arbitrairement en plus ou moins trois phases, le processus de déglutition.

La **phase orale** peut être subdivisée en deux, soit une préparatoire et l'autre de transport.

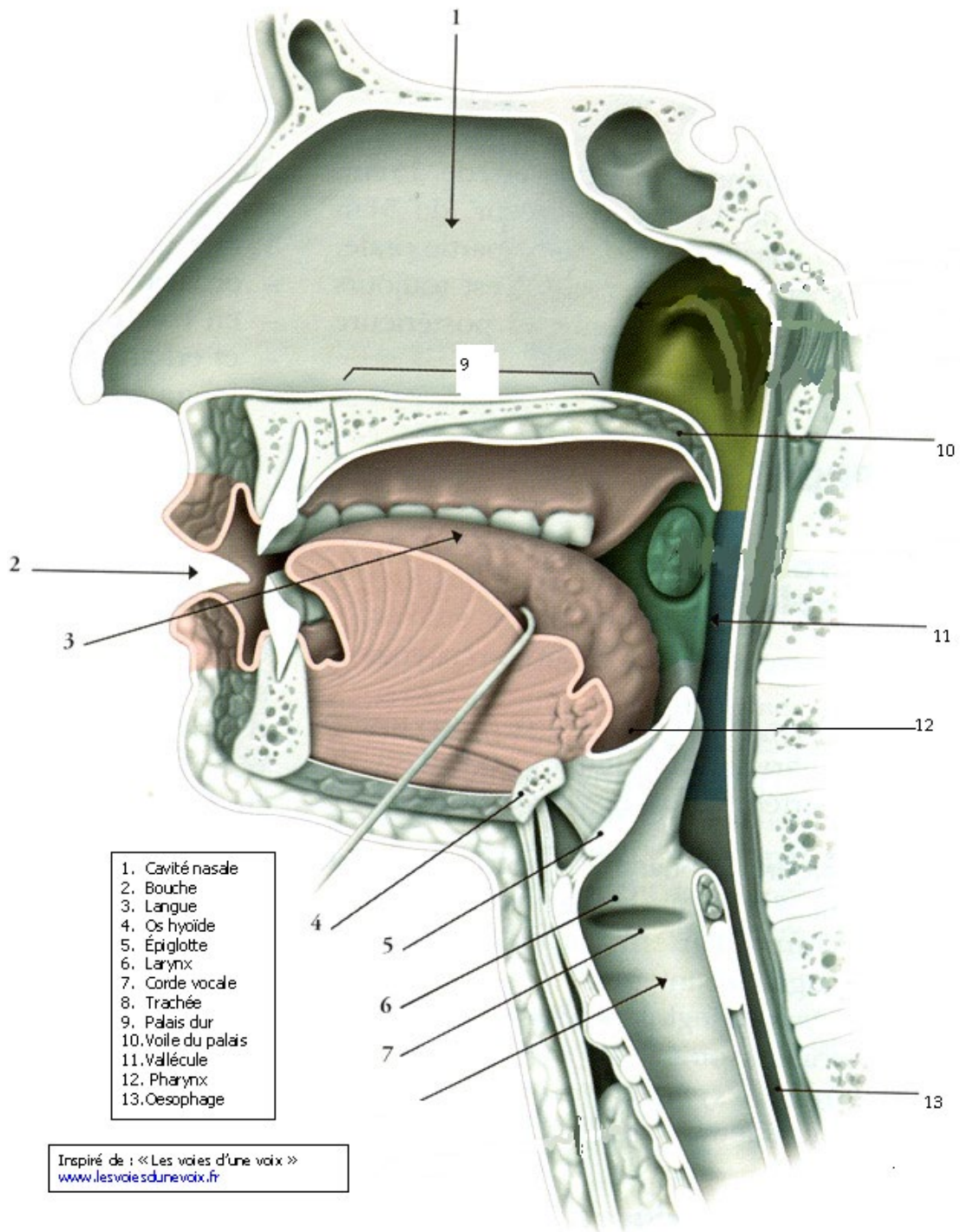
- La **phase orale préparatoire** est plus importante lorsqu'il s'agit de solide, puisque c'est dans cette phase qu'a lieu la mastication pendant laquelle le dos de la langue se soulève et le voile du palais s'abaisse afin de limiter l'écoulement précoc de nourriture dans le larynx. Lorsque la nourriture est bien mastiquée et imprégnée de salive (bol alimentaire ou bolus), la langue se prépare à la propulsion du bol vers l'arrière.
- Nous entrons alors dans la **phase orale de transport**, où le voile du palais s'élève pour laisser passer le bolus et empêcher son entrée dans la cavité nasale. La langue, par une série de mouvements, propulse le bolus vers le pharynx.

La **phase pharyngée** est l'étape du réflexe de déglutition qui est déclenché lors du contact du bolus avec les piliers antérieurs du pharynx. La respiration est alors suspendue et les mécanismes de protection des voies respiratoires s'enclenchent : le voile du palais lève, l'épiglotte bascule, les cordes vocales se ferment et le larynx s'élève. On assiste aussi à la relaxation du sphincter crico-pharyngé qui permet l'entrée du bolus dans l'œsophage.

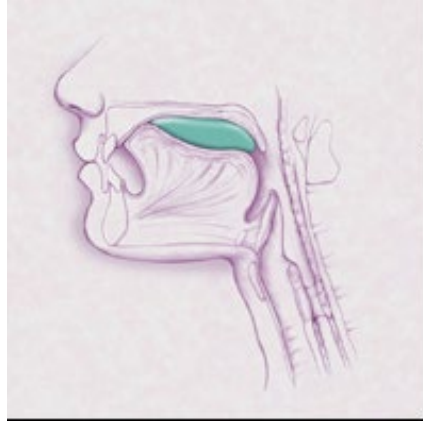
La **phase œsophagienne** débute lors du passage du bolus au niveau du sphincter œsophagien supérieur et se termine lorsque le bolus le traverse grâce au péristaltisme.

Si, lors de l'une des deux premières phases, il y a entrée de nourriture dans l'espace laryngé, normalement une toux réflexe se produit et expulse la nourriture hors des voies respiratoires.

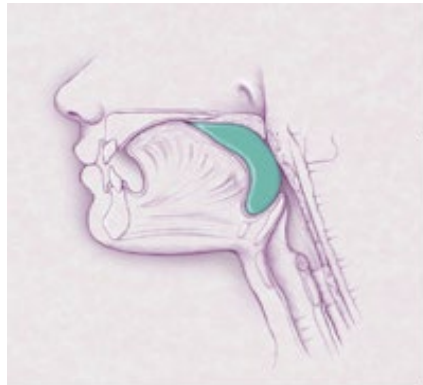
Différentes structures impliquées dans la déglutition



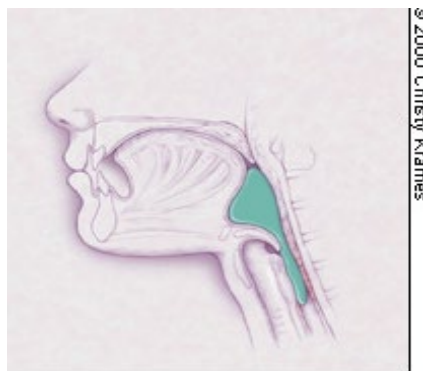
Phases de la déglutition



Phase orale préparatoire



Phase orale de transport



Phase pharyngée

4.0 ALIMENTATION GÉNÉRALE, RÈGLES DE L'ART

4.1 Positionnement et aides techniques à la posture

4.1.1 Positionnement

Sachant que la posture du résident est influencée par la position des différents segments de son corps et que cela peut avoir un impact sur son autonomie et sa sécurité lors de l'alimentation, il importe de respecter certains principes de base au niveau du positionnement. Ces principes s'appliquent que la personne s'alimente seule ou qu'elle nécessite de l'aide pour accomplir cette tâche.

- La posture doit être confortable.
- La stabilité est nécessaire à la réalisation des mouvements fins requis lors de l'alimentation.

Autant que possible, on favorisera le positionnement suivant lors de l'alimentation :

- On préconise pour l'alimentation la position assise, au fond d'une chaise ou d'un fauteuil, les hanches à 90°. Le bassin doit être stabilisé en position droite, sans inclinaison latérale, tout comme le dos. Ce dernier doit être bien appuyé au dossier.
- On recherche un enlignement de la tête, du tronc et du bassin. La tête doit être fléchie légèrement vers l'avant (environ 30° à 45°), tout comme la partie supérieure du tronc qui doit être légèrement inclinée vers l'avant.
- Les genoux et les chevilles doivent être fléchis à environ 90°, les pieds bien appuyés au sol ou sur un repose-pied.
- Les bras doivent être détendus, les avant-bras dégagés, reposant sur une table ou une tablette.

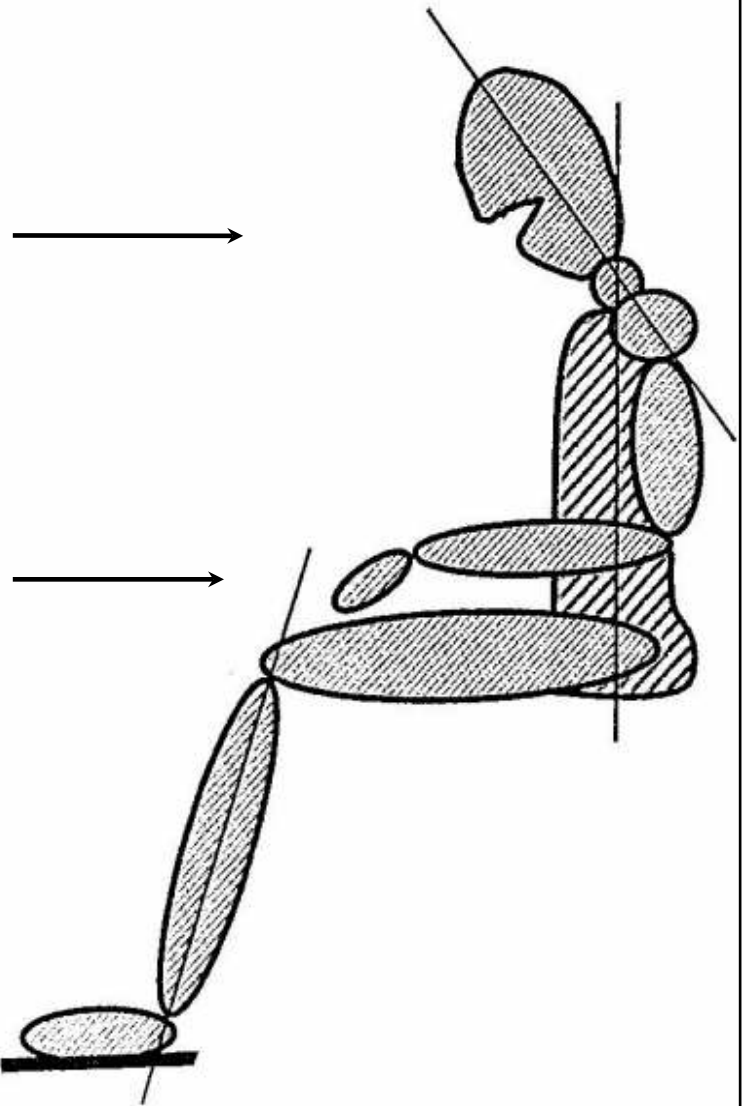
De cette façon, on favorise l'action musculaire de l'œsophage et le péristaltisme par la gravité. La flexion de la tête offre une meilleure protection des voies respiratoires en facilitant la fermeture de l'épiglotte et l'élévation du larynx. Les voies alimentaires sont mises en évidence et plus facilement accessibles pour la déglutition. La stabilité du tronc et du bassin permet un meilleur contrôle sur les mouvements fins des membres supérieurs et augmente la stabilité de la tête et du cou favorisant ainsi les activités de mastication et de déglutition.

POSITIONNEMENT OPTIMAL

Tête fléchie à l'avant de 30 à 45 degré,
Soutenue par un appui-tête ou un oreiller
au besoin

Tronc et bassin centrés et bien stabilisés

Bon appui des membres inférieurs
au sol ou sur des appuis-pieds



Inspiré de : *Approche interdisciplinaire en dysphagie*. Institut universitaire de gériatrie de Sherbrooke, Journée de formation, Centre d'expertise en gériatrie et gériatrie Inc., mai 2003.

Positionnement alternatif lorsque la position assise à 90° est impossible

Bien que la position assise soit préférable à la position semi-couchée, il est parfois impossible pour le résident d'adopter la posture décrite précédemment. On peut alors installer le résident en position assise avec inclinaison de moins de 90° par rapport à l'horizontal. Cette position peut être obtenue en inclinant le dossier du fauteuil ou en relevant la tête de lit.

- Dans ce cas, tout comme pour la position assise à 90°, le bassin doit être stabilisé en position droite, sans inclinaison latérale. Le dos doit être bien appuyé sans flexion latérale ou rotation.
- On recherche toujours un enlignement de la tête, du tronc et du bassin. Une légère flexion de la tête doit aussi être maintenue (environ 30° à 45°). La partie supérieure du tronc doit également être légèrement inclinée vers l'avant. On installe alors un oreiller pour soulever légèrement la tête et le haut du tronc.
- Les genoux et les chevilles doivent être fléchis, les pieds reposant sur le lit ou sur un repose-pied. Au lit, on supporte les genoux à l'aide d'un oreiller ou d'un coussin pour prévenir le glissement.
- Les bras doivent être détendus, les avant-bras dégagés, reposant sur une table ou une tablette.

Toutefois, il est important de noter que le positionnement peut varier en fonction des individus et de leur condition. Certaines dérogations aux principes de base peuvent donc être nécessaires dans des cas particuliers après une évaluation approfondie.

L'annexe I contient un aide-mémoire pour le positionnement lors de l'alimentation du résident au fauteuil roulant.

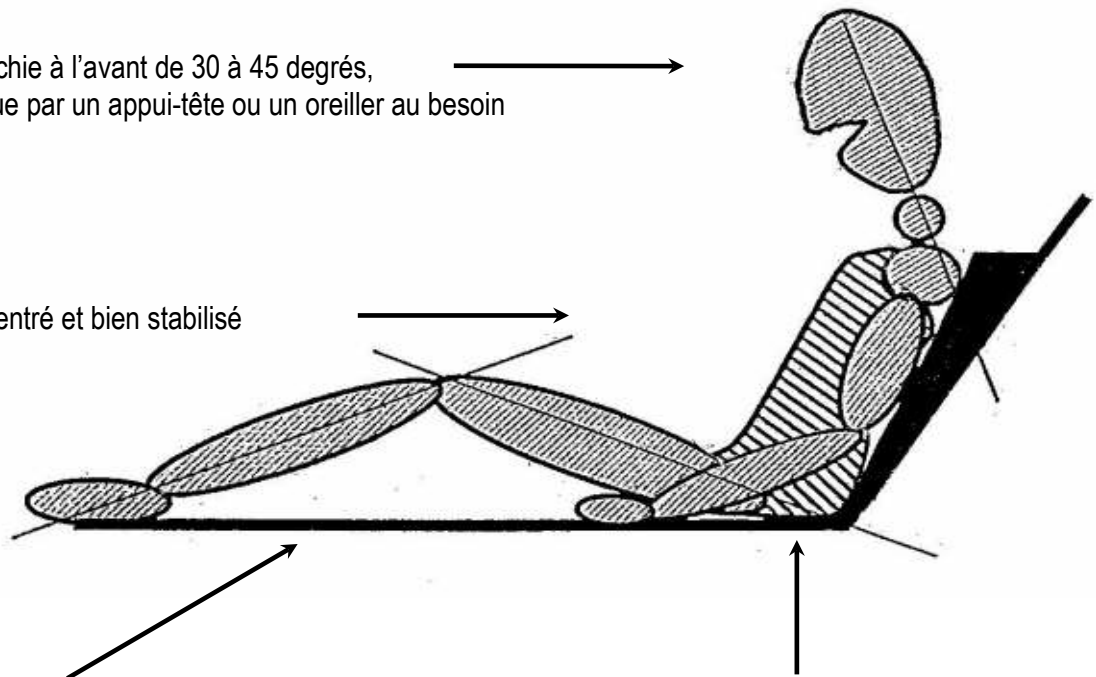
POSITIONNEMENT ALTERNATIF

Tête fléchie à l'avant de 30 à 45 degrés,
Soutenue par un appui-tête ou un oreiller au besoin

Tronc centré et bien stabilisé

Légère flexion des genoux
à l'aide d'un coussin triangulaire
ou d'un oreiller pour prévenir le glissement

Bassin centré et stabilisé



N.B. Il est préférable de positionner le tronc le plus près possible de 90° pour l'alimentation.

Inspiré de : *Approche interdisciplinaire en dysphagie*. Institut universitaire de gériatrie de Sherbrooke, Journée de formation, Centre d'expertise en gériatrie et gériatrie Inc., mai 2003.

4.1.2 Aides techniques à la posture

Afin de positionner le résident adéquatement pour l'alimentation, plusieurs aides techniques à la posture sont disponibles. Certaines d'entre elles, comme les oreillers, sont facilement accessibles sur les unités de vie. Il existe aussi une variété de coussins, de forme et de densité différentes, pouvant être utilisés de multiples façons en fonction des besoins posturaux du résident. De plus, d'autres éléments de positionnement tels les appuis thoraciques et pelviens, les ceintures pelviennes et les surfaces rigides au dossier sont fréquemment utilisés pour améliorer la posture des résidents.

Voici les principales raisons d'utilisation des aides techniques à la posture les plus fréquemment employées :

- **Biseau crural :** Placé au dossier de la chaise, il est généralement utilisé pour incliner légèrement le tronc du résident vers l'avant lorsque les poussées en extension doivent être contrecarrées. À ce moment la partie plus épaisse du biseau se trouve dans le haut du dossier. Lorsqu'il est placé au siège, il sert à réduire le glissement antérieur du bassin. Pour ce faire, la partie plus épaisse du biseau se trouve vers l'avant de l'assise.
- **Ceinture pelvienne :** De façon générale, elle est utilisée pour éviter le déplacement du bassin (glissement antérieur ou inclinaison). Elle limite les poussées en extension en favorisant une position assise à 90°. Elle est installée au niveau des hanches ou des cuisses selon le résident. Pour être efficace, elle doit être ajustée avec l'épaisseur d'une main entre la ceinture et le résident.
- **Appuis thoraciques :** Ils servent en général à contrer la flexion latérale du tronc et à stabiliser les résidents présentant une hypotonie du tronc.
- **Appuis pelviens :** On les utilise principalement pour centrer et stabiliser le bassin au fauteuil. Ils servent aussi, à l'occasion, à limiter l'abduction des hanches.
- **Surfaces rigides au dossier :** On les emploie généralement pour éviter la stimulation du tonus qui pourrait entraîner l'extension du tronc.

Ces aides à la posture doivent, pour être efficaces, être bien fixées à la surface d'appui, soit la chaise, le fauteuil ou le lit. Il faut aussi garder en mémoire que certains de ces éléments de positionnement restreignent partiellement la mobilité du résident et peuvent nuire à l'exécution de certaines activités de la vie quotidienne. Aussi, l'ajout d'un de ces éléments peut avoir un impact sur la position de plus d'un segment du corps et entraîner d'autres problèmes posturaux. Les aides techniques à la posture plus spécialisées ne doivent être installées qu'après une évaluation fonctionnelle et posturale du résident par l'ergothérapeute.

4.2 Approche:

Alimenter et hydrater un résident requiert de la patience, du doigté et de l'empathie. Il faut nécessairement disposer d'un certain temps pour offrir une assistance adéquate aux repas et aux collations. Il est important d'offrir une aide personnalisée selon les besoins et les capacités du résident (couper, préparer, offrir plat par plat) afin de respecter son autonomie, son individualité et son rythme :

- Assurez-vous que le résident porte ses verres correcteurs, ses appareils auditifs et ses prothèses dentaires, selon le cas.
- Lavez les mains de la personne avant le repas.
- Si vous proposez une protection pour les vêtements, utilisez le terme **tablier** au lieu de bavette ou bavoir.
- Veillez à ce que le résident soit assis confortablement et que son positionnement respecte les règles décrites précédemment. La disposition des éléments du plateau et la distance par rapport à la table, ne doivent pas obliger le résident à se pencher ni à effectuer une rotation du tronc.
- Encouragez, autant que possible, le résident à s'alimenter par lui-même dans la mesure de ses capacités. Si requis, coupez les aliments, les préparer ou les offrir plat par plat.
- Utilisez les aides techniques à l'alimentation qui ont été recommandées.
- Si vous alimentez le résident, installez-vous à la même hauteur que lui, de préférence face à face ou légèrement de côté, pour établir un contact visuel et éviter l'extension de la tête vers l'arrière.
- Disposez l'assiette pour qu'elle soit vue par le résident. Le processus de digestion débute par la vue et l'odorat : la présentation des aliments doit être attrayante.
- Ayez une attitude positive face aux aliments. Décrivez les aliments que vous lui offrez. Profitez du moment pour lui faire humer les aliments.
- Entrez en contact avec la personne en lui parlant et en lui donnant des consignes claires, une à la fois. Ne demandez pas une réponse lorsque le résident a un aliment dans la bouche. Le toucher peut avoir un effet apaisant.
- Offrez les aliments un à la fois pour ne pas altérer le goût. Évitez de mélanger les aliments sous forme de bouillie à moins que le résident ne le demande.
- Respectez le rythme de la personne, si elle va trop vite, rappeler l'importance de prendre le temps de bien avaler. Si on doit l'aider, utilisez la petite cuillère, elle facilite la prise de petites bouchées. Habituellement, plus le bolus est petit, mieux il est toléré.

- Lorsque vous devez alimenter plusieurs résidents à la fois, portez une attention particulière à la personne à qui vous tendez une bouchée.
- Respectez les goûts et la faim du résident : ne le forcez pas à terminer son assiette ni à manger un aliment qu'il n'aime pas. Donc, permettez lui autant que possible de choisir son menu.
- Vous pouvez alterner les solides et les liquides, mais la bouche doit être vide avant d'offrir la boisson. Il en est de même pour offrir une deuxième bouchée.
- Épongez le pourtour de la bouche avec une débarbouillette humide, au besoin.
- Après le repas, lavez les mains du résident si besoin et apportez les soins d'hygiène buccale. Ceci permet, entre autre, de s'assurer qu'il ne reste pas d'aliments dans la bouche.
- Ne couchez pas le résident dans les 30 à 45 minutes après le repas pour éviter les aspirations par reflux.
- Tout au long du repas surveillez les signes de difficulté à avaler. Si la problématique persiste, consultez l'équipe interdisciplinaire à ce sujet.

En conclusion, l'attention des soignants ainsi que leur contact rassurant et stimulant font du repas un moment privilégié et agréable.

5.0 MAINTIEN DE L'AUTONOMIE À L'ALIMENTATION

5.1 Utilisation d'aides techniques à l'alimentation

En vieillissant, surtout lorsqu'elle se retrouve hébergée en CHSLD, la personne âgée perd plusieurs rôles significatifs qu'elle avait l'habitude d'accomplir auparavant. Que ce soit en raison de contraintes environnementales, d'une diminution des capacités physiques ou cognitives, certaines activités de la vie quotidienne doivent être abandonnées parce qu'elles sont impossibles à réaliser. Souvent, l'alimentation demeure, en centre d'hébergement, la principale activité pouvant être réalisée par le résident de façon autonome. On doit tout mettre en œuvre pour préserver cette activité le plus longtemps possible car, même pour les personnes atteintes de démence, l'alimentation est généralement l'une des séquences de mouvements qui est conservée dans la mémoire procédurale jusqu'à un stade très avancé de la maladie.

De plus, une multitude d'aides techniques sont disponibles sur le marché afin de compenser les incapacités et de préserver l'alimentation autonome du résident. Ces aides techniques peuvent aussi être utiles pour faciliter l'alimentation par autrui. Voici les plus connues et les plus fréquemment utilisées en CHSLD :

- **Ustensile à gros manche et bracelet universel** : Facilite la préhension de l'ustensile lorsque la force ou la mobilité de la main est réduite.
- **Assiette à rebord** : Permet de prendre la nourriture avec l'ustensile plus facilement et réduit les dégâts. De façon générale, le rebord le plus élevé de l'assiette est placé vers le résident de façon à ce qu'il appuie l'ustensile sur celui-ci pour y faire pénétrer la nourriture avant de l'amener à la bouche.
- **Tasse à 2 anses** : Facilite la préhension à 2 mains pour une plus grande précision.
- **Verre ou tasse à dégagement pour le nez** : Est utilisé lorsque l'extension du cou est impossible ou doit être évitée. Pour être efficace, le dégagement créé dans le verre doit être placé sur le dessus.
- **Verre avec couvercle percé (type thermos à café)** Évite, entre autres, de renverser le contenu du verre lorsqu'il y a présence de tremblements.
- **Napperon antidérapant** : Stabilise la vaisselle lors de l'activité d'alimentation.
- **Alimenteur électrique** : Appareil permettant au résident de s'alimenter seul sans l'aide des membres supérieurs. L'appareil est actionné avec la tête.

Ces exemples ne constituent qu'une infime partie des aides techniques disponibles. Il en existe une variété impressionnante pouvant être utiles pour toutes sortes de problématiques. Suite à une évaluation de l'ergothérapeute, l'essai de différentes aides techniques peut s'avérer nécessaire afin de trouver l'accessoire approprié à chaque résident selon ses besoins.

5.2 Interventions auprès de la clientèle atteinte de déficits cognitifs :

L'instabilité émotionnelle (agitation, confusion, perturbation facile), l'absence d'intérêt ou de réflexe face aux aliments, la difficulté à reconstituer la gestuelle alimentaire, à communiquer et à comprendre, ainsi que le manque de jugement sont des particularités dont il faut tenir compte lors de nos interventions auprès de la clientèle atteinte de démence.

Daigneault- Gélinas et al (1991) ainsi que Pépin (1992) suggèrent certaines modalités pratiques pour remédier à la perturbation de l'intérêt du résident lors de l'alimentation :

- Créer une routine alimentaire.
- Évaluer si le résident s'alimente mieux seul ou en groupe.
- Créer une ambiance calme, dénuée de toutes distractions.
- Présenter un plat à la fois.
- Surveiller la température des aliments.
- Présenter des aliments faciles à consommer avec les doigts pour ceux qui refusent les ustensiles.
- Porter une attention particulière aux objets non comestibles qui pourraient être mis dans la bouche.
- Servir plusieurs petits repas, offrir des collations et des suppléments alimentaires au besoin.
- Être attentif au langage non verbal.
- Stimuler verbalement le résident à mastiquer ou à avaler.
- Vérifier si la nourriture s'accumule dans la bouche.
- Surveiller le poids.

Si l'agitation ou l'errance sont présentes, utiliser la diversion et la persistance. La contention est à éviter car elle peut provoquer de la colère ou de la frustration. Si toutefois, elle doit être utilisée, le faire seulement pour une courte période, après évaluation de l'équipe interdisciplinaire, afin de permettre au résident de s'alimenter.

À mesure que la maladie évolue, l'évaluation nutritionnelle devient très importante. Certains facteurs nutritionnels sont essentiels à l'intégrité de la peau, à la cicatrisation des plaies et au maintien de la musculature.

Au dernier stade de la maladie, les résidents sont non seulement incapables de se nourrir mais ils ne savent plus quoi faire avec la nourriture mise dans leur bouche.

Malgré les efforts des intervenants pour procurer au résident un apport nutritionnel, ce dernier peut continuer à perdre du poids. Ceci peut amener la famille à prendre certaines décisions difficiles face à l'alimentation. La collaboration interdisciplinaire est cruciale pour aider et supporter la famille et les intervenants face à ce processus irréversible.

6.0 DYSPHAGIE

La dysphagie se définit comme une difficulté à avaler, soit de transférer la nourriture de la cavité orale à l'estomac en passant par le pharynx et l'œsophage. Le problème peut donc se situer à l'un ou l'autre des endroits suivants : la bouche, le pharynx, le larynx ou l'œsophage.

On distingue deux types de dysphagie : la dysphagie oro-pharyngée (ou haute) et la dysphagie œsophagienne (ou basse). Seule, la dysphagie haute est traitée dans ce document.

La dysphagie peut débuter de façon progressive ou abrupte, elle peut être constante ou intermittente et peut affecter la déglutition des solides ou des liquides, parfois les deux. Elle peut également causer des difficultés à la déglutition de la salive.

Les conséquences de la dysphagie sont nombreuses, passant de la peur de l'étouffement aux malaises ressentis par le résident, aux problèmes nutritionnels et de déshydratation jusqu'à la pneumonie d'aspiration et à l'asphyxie.

Chez les personnes âgées, les plaintes concernant la difficulté à avaler sont fréquentes. On considère que 2% des adultes de 65 ans ou plus, sans autre problème de santé, présentent une dysphagie. L'incidence augmente à 12%-13% chez la personne âgée hospitalisée et entre 50% et 60% chez les personnes en CHSLD (Hussain et Kanarth, 2003).

Il est fréquent d'observer des troubles de la parole (articulation) et de la voix (éteinte, rauque, nasale, etc) associés à la dysphagie. Selon une étude effectuée à La Cité de la Santé de Laval par Lapointe et McFarland, (2004), 79% des patients dysphagiques présentent un trouble de la communication.

6.1 Causes

- **Neurologiques** : accident vasculaire cérébral, Guillain-Barré, traumatisme crânien, lésion médullaire haute, démence d'Alzheimer, tumeur cérébrale.
- **Maladies neuromusculaires** : Parkinson, sclérose latérale amyotrophique, sclérose en plaques, maladie de Huntington, dystrophie musculaire, dystrophie oculo-pharyngée, myasthénie grave, ataxie spino-cérébelleuse.
- **Anatomiques** : malformation congénitale cranio-faciale, diverticule de Zenker, ostéophyte cervical, fistule trachéo-œsophagienne, tumeur, trauma.
- **Maladies pulmonaires en général**
- **Traitements médicaux** : radiothérapie en créant une hyposalivation, une diminution des mouvements linguaux ou laryngés, une chirurgie lorsqu'il y a exérèse ou atteinte des structures impliquées dans la déglutition.

- **Médicamenteuses** : certains médicaments amènent une diminution de la salive, d'autres créent des troubles moteurs extra- pyramidaux.

6.2 Signes et symptômes :

La dysphagie peut affecter l'une ou l'autre des étapes de la déglutition. Chacune des deux premières phases présente principalement les signes et symptômes suivants :

À la phase orale :

- Difficulté à ouvrir/fermer la bouche.
- Difficulté à mastiquer (mastication insuffisante ou très lente).
- Problème de vidange buccale : des résidus buccaux ou labiaux que la personne ne sent pas.
- Écoulement labial (plutôt avec les liquides).
- Mauvaise préhension des lèvres sur le verre ou sur les ustensiles ou encore une difficulté à aspirer les liquides avec une paille.
- Réflexes pathologiques de succion ou de morsure.

À la phase pharyngée :

- Toux et l'étouffement sont les signes les plus souvent mentionnés.
- Reflux nasal.
- Tentatives répétées de déglutition.
- Besoin de racler la gorge après la déglutition.
- Délai avant le déclenchement de la déglutition.
- Changement de la voix après avoir avalé.
- Sensation de blocage au niveau de la gorge.

À noter que chez certains résidents avec une sensibilité réduite, la toux n'est pas déclenchée même si le bolus pénètre dans le larynx. Il s'agit **d'aspirations silencieuses** qui peuvent entraîner des pneumonies à répétition.

Il existe d'autres signes et symptômes reliés à un problème de déglutition, il est important de les dépister et de les documenter :

- **Douleur** : Notez à quel moment elle survient (pendant ou après l'alimentation), la durée, si elle est constante ou intermittente, l'intensité et le site.

- **Sensation d'obstruction** : Tentez de faire localiser le site de l'obstruction par le résident.
- **Difficulté liée à la consistance** : Identifiez les consistances problématiques.
- **Perte de poids** : Identifiez si le résident présente une perte de poids car, elle peut indiquer la sévérité du problème.
- **Infection pulmonaire à répétition** : Identifiez si le résident a des infections pulmonaires répétées. Celles-ci peuvent être en lien avec un problème d'aspiration.

6.3 Intervention

Dans un premier temps, l'infirmière identifie les problèmes reliés à l'alimentation et à la prise de médication (voir outil à l'annexe II). Par la suite, elle avise les professionnels concernés qui effectueront les évaluations requises et apporteront les recommandations appropriées.

Dans les cas où les résidents ne sont pas autonomes, voici certaines interventions à privilégier :

- **Se placer du côté paralysé pour alimenter un résident hémiparétique** afin qu'il tourne légèrement la tête de ce côté pour protéger les voies respiratoires. Disposer la nourriture dans la bouche du côté sain.
- Se placer à la hauteur du résident pour faciliter la flexion de la tête et bien placer les aliments à l'endroit où la sensibilité est préservée ou meilleure.
- S'assurer d'observer le mouvement de la déglutition (élévation du larynx) avant de donner une seconde bouchée/gorgée.
- Favoriser l'utilisation d'un verre ou d'une tasse à dégagement nasal qui permet de maintenir la tête en flexion.
- Éviter de donner du liquide lorsqu'il y a de la nourriture dans la bouche.

6.4 En cas d'obstruction occasionnelle ou partielle

- Ne pas faire boire.
- Encourager rapidement une déglutition. Donner la consigne au résident d'avaler « à sec », plusieurs fois si nécessaire. Le mouvement de la déglutition a comme effet d'aider à déloger les aliments qui ont pris la fausse route et à se diriger vers l'œsophage.

- Si nécessaire, aider le mouvement d'élévation du larynx en même temps que la consigne d'avaler est donnée. Pour ce faire, placer l'index et le pouce de chaque côté de la « pomme d'Adam » et faire un mouvement ferme vers le haut, pour faciliter ainsi le déclenchement d'une nouvelle déglutition.

Dans le cas d'une obstruction complète, référer à la technique Heimlich à l'annexe III.

6.5 Classification des textures d'aliments solides et des consistances de liquides

La nutritionniste peut recommander de modifier la texture des aliments et la consistance des liquides selon les résultats de l'évaluation.

Il existe 4 textures d'aliments solides :

➤ Purée très lisse dysphagique

Tous les aliments sont en purée. Les purées sont très lisses. Les purées grumeleuses ou collantes sont à éviter (ex. : œufs brouillés, gruau, beurre d'arachide). Les purées servies sont commerciales (pot de bébé seulement). Aucune sauce ajoutée n'est nécessaire. Ne requiert pas de mastication. Les consistances mixtes sont à éviter (ex. céréales froides, soupe, fruits en coupe dans leur jus).

➤ Purée dysphagique

Tous les aliments sont en purée et sont servis avec de la sauce lisse. Les purées doivent être lisses et homogènes et ne pas requérir de mastication. Les purées grumeleuses, collantes et les consistances mixtes sont à éviter. À noter que tous les plats composés ne donnent pas nécessairement des purées lisses et homogènes, une fois passés au mélangeur.

➤ Molle dysphagique

Les aliments sont très mous et peuvent se défaire très facilement à la fourchette ou avec la pression de la langue sur le palais dur. Les aliments doivent être mous et former facilement un bolus dans la bouche. **À éviter** : les consistances mixtes, les mets contenant du bouillon, les sauces et les mets contenant de la viande hachée émiettée (ex. : sauce à spaghetti, hachis de viande) et les aliments collant dans la bouche (ex. : beurre d'arachide). Nécessite le port de prothèses dentaires ou la présence de dents naturelles ou des gencives très dures.

➤ Hachée dysphagique

Les aliments sont mous ou hachés au moulinet et requièrent très peu de mastication. La viande hachée doit être cuite dans le bouillon (hachis) et être servie avec de la sauce veloutée. La viande hachée cuite à la poêle (grains trop secs) ou en boulettes est à éviter.

Il existe 3 consistances de liquides :

➤ **Liquide pouding**

Le liquide est très épais rappelant la consistance d'un pouding. Il est pris à la cuillère.

➤ **Liquide miel**

Le liquide est épais rappelant la consistance du miel mais sans être collant. Il peut être bu à la tasse ou pris à la cuillère.

➤ **Liquide nectar**

Le liquide est mi-épais rappelant la consistance d'un jus de légumes. Il est bu facilement à la paille ou à la tasse.

CONCLUSION

Ce programme, fruit d'un travail interdisciplinaire, se veut un outil pour sensibiliser les intervenants à l'importance de l'alimentation et de l'hydratation chez la personne hébergée en CHSLD. Plusieurs déficits peuvent faire en sorte qu'une personne soit dans l'incapacité de s'alimenter seule pour répondre à ses besoins nutritionnels.

Les membres des équipes de soins sont souvent confrontés à des situations difficiles lorsqu'il s'agit d'aider un résident à s'alimenter lorsque celui-ci refuse de le faire ou présente des difficultés à avaler.

En plus d'un menu adapté, plusieurs autres interventions sont essentielles pour favoriser chez ces résidents un apport alimentaire et hydrique suffisants. Ce programme de soins reliés à l'alimentation a proposé plusieurs pistes d'intervention qu'il ne faut pas envisager comme des recettes toutes faites mais qu'il faut plutôt adapter aux besoins individualisés de chacun des résidents.

Enfin, le succès d'un tel programme repose sur la force d'un travail interdisciplinaire.

ANNEXE I

Aide- mémoire pour le positionnement lors de l'alimentation

QUOI VÉRIFIER LORSQUE L'ON INSTALLE UN RÉSIDENT AU FAUTEUIL ROULANT

1. **Le bassin** : S'assurer que le bassin est bien centré et stabilisé, qu'il ne glisse pas vers l'avant et n'est pas en inclinaison latérale.
2. **Le tronc** : Vérifier que le tronc est bien appuyé, qu'il n'effectue pas de flexion antérieure, de flexion latérale ou de rotation.
3. **Les membres inférieurs** : S'assurer que les pieds reposent bien au sol ou sur un repose-pied et que les cuisses appuient sur toute la surface de l'assise. Les genoux doivent généralement se trouver au même niveau que les hanches ou plus haut (minimum de 90° aux hanches) pour éviter le glissement du bassin et le cisaillement.
4. **Les membres supérieurs** : Vérifier que les appui-bras soient bien ajustés et à la même hauteur des deux côtés, à moins d'avis contraire. Un bon ajustement permet au résident d'appuyer ses avant-bras sur la tablette ou les appui-bras sans surélever les épaules.
5. **Le cou et la tête** : S'assurer d'une bonne stabilité de la tête et du cou et d'un enlignement dans l'axe du corps. Si le tonus n'est pas suffisant pour que le résident maintienne lui-même sa tête en position droite, soutenir la tête à l'aide d'un appui-tête en prenant garde de ne pas créer d'extension du cou ou de protraction de la tête.

ANNEXE II

Identification des problèmes reliés à l'alimentation et à la prise de la médication

**Identification des problèmes reliés à l'alimentation
et à la prise de médication**

ADRESSOGRAPHE

Date : _____ Heure : _____

Nom de la personne qui fait les observations : _____

L'alimentation se déroule : au lit ☐ ☐ au fauteuil ☐ ☐

Avant le repas	Non	Oui	Pendant le repas
Difficulté à contrôler sa salive	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Prothèses dentaires Porte <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Ne porte pas <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Mal ajustées <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Toux	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Grosseur des bouchées/gorgée Petites <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Grosses <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Râles	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Rythme du repas Lent <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Rapide <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>

	Non	Oui	Moyen compensatoire
Problème de positionnement	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Incapacité à utiliser ustensiles/vaisselle paille/verre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Difficulté à amener les aliments vers la bouche	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

Dès que vous avez coché « OUI » à un item de cette section, avisez la nutritionniste et l'orthophoniste	Non	Oui
Difficulté à mastiquer : Absence de mastication <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Lenteur <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Faiblesse <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Les liquides coulent de la bouche	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
La nourriture ressort de la bouche (recrache)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Reflux nasal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Comportements atypiques : De succion <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> De morsure <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Difficulté à initier la déglutition	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Doit faire plusieurs déglutitions par bouchée/gorgée	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Garde longtemps la nourriture dans la bouche	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Les aliments collent au palais	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Embarras laryngé	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Difficulté à vider complètement la bouche après avoir avalé (résidus alimentaires)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Inconfort	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Toux : Avant déglutition <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Après déglutition <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Avec quels aliments : _____ Avec quelle médication : _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Étouffement Avec quels aliments : _____ Avec quelle médication : _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Présence de râles : Pendant le repas <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> À la fin du repas <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Douleur à la déglutition : _____ Autre : _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sensation de blocage au niveau de la gorge	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Changement de la voix au cours du repas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Autres incapacités associées : Asymétrie /faiblesse /parésie faciale <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Difficulté à articuler <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Difficulté à communiquer <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Commentaires/remarques : _____

ANNEXE III

Méthode de Heimlich

Dégagement des voies respiratoires chez l'adulte conscient Méthode de Heimlich

1. Demandez à la personne «est-ce que ça va?»

- Si la personne peut parler, respirer ou tousser, n'intervenez pas mais rester près d'elle pour la rassurer.
- Si la personne vous indique ou démontre qu'elle s'est étouffée, dites-lui que vous savez comment l'aider.

2. Effectuez des poussées abdominales, si la personne ne peut pas parler, respirer ou tousser.

- Tenez vous derrière elle et entourez sa taille de vos bras.
- D'une main formez un poing et placez-le sur l'abdomen de la personne, le pouce vers l'intérieur, légèrement au-dessus du nombril mais bien au dessous de l'appendice xiphoïde.
- De l'autre main, serrez votre poing et pressez sur l'abdomen de la personne en exerçant des poussées rapides vers l'intérieur et le haut (comme un «J»). Chaque poussée devrait constituer un mouvement distinct et devrait être faite avec l'intention de déloger l'obstruction.

3. Répétez les poussées abdominales jusqu'à ce que l'obstruction soit dégagée ou que la personne devienne inconsciente (dans ce cas, signalez un code bleu).

4. Après les poussées abdominales, la personne devrait être examinée par un médecin pour s'assurer qu'il n'y a aucune complication.

Dans certains cas, vous pourriez être obligé de faire des poussées thoraciques plutôt que des poussées abdominales pour déloger une obstruction des voies respiratoires. Cela pourrait s'avérer nécessaire si vous ne parvenez pas à encercler de vos bras l'abdomen d'une personne obèse, par exemple.

Pour donner des poussées thoraciques à une personne qui est debout ou assise, procédez comme suit :

- Tenez vous derrière elle et entourez son thorax de vos bras sous les aisselles. Si la personne est assise sur une chaise, servez-vous de la chaise comme appui.

- D'une main, formez un poing et placez le, pouce vers l'intérieur, au milieu du sternum de la personne.
 - De l'autre main, prenez votre poing et donnez des poussées vers vous et vers la poitrine de la personne à une profondeur de 4 à 5 cm (1 po. 1/2 à 2 po.).
5. Continuez les poussées thoraciques jusqu'à ce que le corps étranger soit expulsé ou que la personne devienne inconsciente(dans ce cas, signalez un code bleu).

Vous pouvez donner des poussées thoraciques à une personne consciente alors qu'elle est en position dorsale. Vous devez procéder de la façon suivante :

- La position des mains et la technique pour les poussées thoraciques sont les mêmes que pour les compressions thoraciques.
6. Faites des poussées thoraciques sur le sternum jusqu'à ce que le corps étranger soit expulsé ou que la personne devienne inconsciente(dans ce cas, signalez un code bleu).

RÉFÉRENCES

Brin MF, Younger D. Neurologic disorders and aspiration. *Otolaryngol Clin North Am* 1988 ; 21 : 691-9.

Carrier, N. et. al. (2004). *Expérience différente lors des repas entre des résidents lucides et des résidents non lucides en soins de longue durée. Vie et vieillissement*, vol. 3, no. 1, hiver.

Cot F. et collaborateurs.(1996). *La dysphagie oro-pharyngée chez l'adulte*. Mtl, Edisen Inc.

Desjardins, G. et L. Lavallée Côté (2000). *Quand manger devient un problème! La Gérotoise*, vol. 11, no. 2, juin.

Desmarais, D. et. al. (1995). *Programme lié à la satisfaction du besoin de boire et manger chez la personne âgée hébergée en centre gériatrique approche globale*. Baie Saint- Paul : Centre Hospitalier de Charlevoix.

Hussain, N. et Karnath, B. (2003). *Dysphagia*, Emergency medical. University of Texas, medical branch.

Institut universitaire de gériatrie de Sherbrooke (2003). *Approche interdisciplinaire en dysphagie*. Journée de formation, *Centre d'expertise en gériatrie et gériatrie Inc.*, mai.

Kergoat, M.J.(1998). *La dénutrition protéino-énergétique comme élément de fragilité chez la personne âgée*.

Kergoat, M.J.(1998). *La perte de poids chez les personnes âgées des CHSLD*. Le Clinicien, mars.

France Fournier et collaborateurs (2002). *La dysphagie, votre guide d'alimentation*, Hôpital Rivière des Prairies, Montréal.

Fondation des maladies du cœur du Canada (2001). Réanimation cardio-respiratoire. Soins immédiats.

Lapointe, J. et McFarland D.H. (2004). *Le rôle des orthophonistes dans le diagnostic et le traitement des troubles de la déglutition*. Présentation affichée, XII Congrès de l'OOAQ en 2004.

Lindgren S., Janson L. Prevalence of swallowing complaints and clinical findings among 50-79 year-old men and women in an urban population. *Dysphagia* 1991 ; 6 : 187-92.

Ordre professionnel des diététistes du Québec (2004). *Manuel de Nutrition Clinique*.

Simard, L. et. al. (1994). *Les Convives*. Vidéo et document d'accompagnement. Montréal : Centre Hospitalier Jacques- Viger.

Tétreault, S. et H. Jeffrey (1999). *Alimentation et personnes handicapées*, cahier de notes de cours, tome II, département de réadaptation(ergothérapie). Université Laval.

Tibbling L., Gustafsson B. Dysphagia and its consequences in the elderly. *Dysphagia* 1991 ; 6 : 200-2.

Université Laval (1999). *Alimentation et personnes handicapées*, cahier de notes de cours, ERG-18062 sous la responsabilité de Sylvie Tétreault Ph.D. et Hélène Jeffrey.

Vie et vieillissement. Hiver 2004. Vol. 3 no. 1.

Alimentation/programme dysphagie
22 juin 06. Révisé octobre 06.