INTERVIEW
Nutri-Culture

NUTRI-CULTURE©
Organisation de l'Économie Sociale et Solidaire (ESS)
d'Utilité Sociale (ESUS)

contact@nutri-culture.com
www.nutri-culture.com
05 55 42 64 13

Marion GIROD-ROUX

Orthophoniste-Déglutologue - Formatrice et consultante en troubles de la déglutition et dysphagies

Orthophoniste, diplômée depuis 2005, Marion Girod-Roux a travaillé depuis auprès d'adultes qui ont des troubles de déglutition, des troubles de la communication en centre de rééducation.

Titulaire d'un diplôme universitaire d'Alzheimerologie et pathologies apparentées, elle a récemment fait un Master de Recherches en soins et langage plutôt axé sur les troubles d'articulation chez les personnes qui avaient eu un cancer de la langue.

Actuellement en préparation d'un Doctorat dans le domaine de la Dysphagie - troubles de déglutition après un AVC (Accident Vasculaire Cérébral) - elle est aussi formatrice en dysphagie auprès des orthophonistes et des équipes de soins et hôtelières.

Par ailleurs, elle encadre des mémoires de fin d'études. Elle participe également à la traduction de travaux IDDSI et à leur mise en œuvre sur les territoires français et territoires francophones.

► **NC : Bonjour Marion et merci pour cet interview. Repérer et prendre en soin la dysphagie, quelles sont les fonctions de l'orthophoniste ?**

■ Marion Girod-Roux :

L'orthophoniste intervient quand on a une suspicion de dysphagie chez un patient. Je vais employer « Elle » car les femmes sont à l'honneur dans ce métier. Elle est tout d'abord diagnosticienne c'est-à-dire qu'elle doit poser un diagnostic. Un diagnostic, ce n'est pas juste un repérage, ce n'est pas juste une identification de la dysphagie, c'est aussi déterminer ce qui se passe, déterminer quels sont les troubles et leurs causes.

Pourquoi cela se passe comme ça ? Et une fois que l'on sait exactement ce qui se passe, pourquoi ça passe comme ça ? pourquoi ça ne passe pas ? On peut élaborer un plan de soins, cela va passer par de la rééducation et par des adaptations c'est ce qu'on appelle des stratégies compensatoires en lien, évidemment, avec les autres professionnels qui vont intervenir dans ce domaine.

Chaque professionnel va avoir son angle d'approche et on va pouvoir coordonner l'intervention. C'est une intervention holistique et pluriprofessionnelle évidemment.

On intervient sur prescription médicale.

► **NC : Qui sont ces autres professionnels ?**

■ Marion Girod-Roux :

Les professionnels qui interviennent en dysphagie : il va y avoir le médecin, évidemment, l'équipe soignante (infirmière, aide-soignante), les paramédicaux (orthophoniste, kinésithérapeute, ergothérapeute, psychomotricien aussi éventuellement, diététicien bien sûr, psychologue si besoin, assistante sociale aussi). Il y a les agents hôteliers aussi bien sûr qui sont au quotidien avec les patients. Les cuisines évidemment qui vont préparer et fournir les repas.

► **NC : Quand une orthophoniste travaille en collaboration avec toute cette équipe, est-ce que tu pourrais nous dire ce que sont les signes qu'un soignant, un agent hôtelier vont pouvoir repérer et transmettre pour aider à repérer une personne soit à risque de fausse route soit dysphagique ?**

■ Marion Girod-Roux :

Ce n'est pas une liste exhaustive évidemment. Il peut y avoir des signes, par exemple : le signe qu'on repère en général tout de suite et qui fait très peur, la toux ; le raclement de gorge, une voix mouillée après la déglutition, éventuellement un reflux nasal (mais ça ce n'est pas forcément un bon signe, il y a plein de gens qui ont le nez qui coulent quand ils mangent sans pour autant être dysphagiques).

Une lenteur, des repas qui traînent longtemps avec un maintien en bouche, une mastication qui peut être très longue, il peut y avoir des résidus à la fin du repas, plusieurs heures après le repas quand on regarde en bouche il peut y avoir des stases alimentaires.

Après il y a des signes un peu plus à distance, c'est à dire des personnes qui vont être dénutries, qui vont être déshydratées, qui vont faire des infections pulmonaires, et puis aussi des personnes qui vont être en évitement des repas, éviter de prendre des repas en public, vont avoir peur de prendre des repas, voilà un peu grosso modo tout ça.

► **NC : Existe-t-il un risque de passer de manière beaucoup trop hâtive et inappropriée, une personne en texture modifiée uniquement parce qu'elle a toussé ?**

■ Marion Girod-Roux :

Ah si bien sûr ! Et cela ne devrait jamais se passer comme cela d'ailleurs ! Déjà la toux, il faut la voir comme notre alliée, la toux c'est un mécanisme extraordinaire qui vient en de protection. C'est le signe, en effet, que quelque chose c'est mal passé mais c'est aussi le signe que quelque chose se passe bien c'est-à-dire qu'il y a une bonne sensibilité au niveau laryngée et que du coup la personne a une capacité d'expulsion suffisante pour faire ressortir ce qui est mal passé donc elle s'est protégée en fait.

Donc une toux, non, une toux ne devrait jamais entraîner d'office un changement de texture, surtout pas ! Par contre, si cela se reproduit, parce qu'il n'est pas rare non plus d'avoir quelques toux au cours de la semaine chez les personnes âgées, mais si ça se reproduit vraiment régulièrement une toux devrait systématiquement entraîner une demande de bilan de la déglutition, mais jamais d'office une prescription de texture parce que c'est justement le signe que ça passe peut-être de travers certes, mais encore, on peut tousser pour plein de choses qui ne sont pas des fausses routes ; on peut tousser parce que l'on est irrité, parce que l'on est gêné, parce que l'on a porté le masque trop longtemps.

Mais la toux c'est un signe positif qu'il y a une bonne sensibilité et que la réponse à l'invasion c'est la toux et vouloir à tout prix, déjà supprimé la toux ce n'est pas du tout pertinent parce que dans ce cas-là, on ne sait plus si ça passe de travers ou pas. Et, en plus sur les textures modifiées, par exemple : il y a une étude qui a montré sur les liquides qu'une personne va tousser parce qu'elle va faire une fausse route au liquide et cette même personne qu'on va passer en texture modifiée, on va épaissir les liquides et bien sur les liquides épaissis, elle va faire une fausse route aussi sauf qu'elle ne va pas tousser.

Donc finalement, en épaississant les liquides, certes on a plus la toux mais ce n'est pas pour autant qu'on supprime la fausse route et donc là on a une fausse route qu'on appelle « silencieuse » parce que la personne ne tousse pas. De l'extérieur, on a l'impression que tout va bien sauf qu'en fait ça passe de travers, il n'y a pas d'expulsion, ça descend dans les poumons alors que sur du liquide ça passait de travers mais y avait une toux donc y avait une expulsion, donc la personne se protégeait.

Donc il faut faire très attention aux modifications de textures anarchiques et non contrôlées, à la va-vite systématique. Jamais « systématique », le maître mot dans la prise en charge de la dysphagie et dans toute prise en charge d'ailleurs, c'est l'hyper personnalisation. C'est comme un médicament, il faut voir les modifications de texture comme un médicament, on ne prend pas de médicament comme ça, normalement, sans aller voir le médecin. On ne fait pas d'automédication, on ne prend pas n'importe quoi, n'importe quand, on ne prend pas la même chose que le voisin parce que ça marche. C'est pareil pour les textures, ça doit vraiment être adapté à la personne.

► **NC : Nous avons bien compris l'importance de l'exploration. Que pouvons nous faire en établissement dépourvu de recours à l'orthophoniste ?**

■ Marion Girod-Roux :

En fait, on ne peut pas palier les déficiences, je ne vais évidemment pas avoir de solutions parce que je sais que l'on se confronte à cette question sur le terrain. Sur le terrain, c'est comme ça, on n'est pas là pour palier des déficiences de décennies de politiques mal foutues, de tout professionnels mal payés. En parallèle, de toute façon, les établissements ne cherchent pas à embaucher. Quand certains cherchent à embaucher, ils ne trouvent pas non plus. Il y a énormément d'orthophonistes qui se déplacent dans les EHPAD notamment, dans les établissements, pour faire des bilans.

Pour en revenir aux textures, car je n'ai parlé que des liquides, finalement quand on mixe «quand on dégrade», le terme n'est pas approprié, quand on «descend» dans les textures pour les aliments qu'on va mixer, on a un gros risque de toxicité des textures modifiées aussi. C'est pour cela qu'il ne faut pas les prendre à la légère, c'est-à-dire qu'un patient qu'on doit mettre en mixé, il ne va plus mastiquer, il va perdre la fonction, ses muscles vont s'affaiblir, il va être en déprivation sensorielle, il a beaucoup moins de stimulus que sur un aliment normal, il va prendre moins de plaisir à s'alimenter, il va être plus enclin à la dénutrition.

Le mixé, en plus ça n'empêche pas la fausse route, du coup. Certes on a peur de l'obstruction au morceau mais il y a aussi des fausses routes et des obstructions et il y a des effets par obstruction au mixé. Le tout mixé ce n'est absolument pas une solution et ce n'est pas agréable si on a mangé une semaine en mixé, il faut aussi se mettre à la place du patient. Il faut aussi demander aux personnes ce qu'elles veulent, leurs objectifs et les respecter aussi.

► **NC : Oui c'est important d'insister sur cette logique parce qu'il y a trop souvent une exigence de réponse technique immédiate. le cuisinier est souvent formé à une offre conceptuelle de texture modifiée. Des textures ou manger-mains » qui sont systématiquement gélifiés ou épaissis, des textures qui sont faites sans que l'on ait de conscience du résultat à obtenir mettent l'ensemble des équipes en difficulté. Le repas est-il un moment « négocié » consenti ? que faire pour bien faire à moyen constant ?**

■ Marion Girod-Roux :

Encore assez récemment, et encore parfois dans certaines formations, on entend si la personne ne veut pas accepter les recommandations de l'orthophoniste ; bien on lui dit « Au revoir Monsieur et vous reviendrez quand vous serez prêt à nous écouter.». C'est encore des postures très paternalistes sauf que depuis, les choses ont évolué sur le consentement, sur de la coconstruction, sur des approches fonctionnelles et le patient centré. La classification internationale du fonctionnement et du handicap c'est le patient, c'est sa participation sociale, sa participation dans les activités et c'est cela que l'on doit cibler.

Pour en revenir à ces établissements qui n'ont pas grand monde sous la main, déjà il y a plein de conduites préventives à mettre en place déjà, sur l'environnement du repas, comment installer les

personnes, comment organiser les salles, comment réduire les distractions, il y a pleins de choses à mettre en place de cet ordre-là. Il y a aussi à former les équipes aux troubles de la déglutition, leur apprendre quels sont les mécanismes, qu'est-ce qu'une toux, pourquoi une toux, quels sont les mécanismes de la déglutition, on a peur parce qu'on ne connaît pas et quand on connaît, on a déjà moins peur. Il y a beaucoup plus de fausse route dans les établissements où les équipes soins et hôtelières ne sont pas formées ou pas suffisamment et dès qu'on forme les équipes, il y a un repérage qui est bien mieux mis en place et une intervention qui est bien plus pertinente et on évite drastiquement les troubles majeurs des signes de la dysphagie.

Il y a beaucoup de choses à faire en amont et ça permet aussi d'avoir le temps de recourir à un orthophoniste ou un kinésithérapeute qui soit formé.

Tous les orthophonistes savent quoi faire, les kinésithérapeutes c'est aussi dans leurs champs de compétences. On peut aussi envoyer à la clinique ou à l'hôpital du coin. C'est très compliqué de former les médecins, beaucoup sont aussi dans cette posture du « médecin sachant et distribuant les ordres à tout le monde ». C'est dans un principe de partenariat mais c'est très compliqué de former les médecins mais quand on fait les formations en interne, ils poussent pour que toutes leurs équipes viennent alors qu'eux ne viendront pas, alors que c'est eux qui coordonnent en fait la prise en charge. Et si l'on n'a pas le leader qui est conscient des choses c'est très compliqué aussi de faire bouger les équipes Il faut que cela soit aussi une volonté du médecin au même titre qu'il ne prend pas à la légère la prescription de médicament, il ne doit pas prendre à la légère la déglutition parce que troubles de déglutition impliquent possiblement et surtout dans le grand âge, une dénutrition, une déshydratation. C'est très compliqué de palier le manque de professionnels formés, c'est une évidence il faut aussi que ce soit aussi au cœur des projets d'établissements de recruter des gens qui savent faire ; il faut qu'il y ait aussi une vraie réflexion au sein des établissements pour avoir accès aux professionnels qui sont compétents.

► **NC : Lors de l'accueil d'un résident arrivant en structure médico-sociale, qu'est-ce qu'il est important de dépister prioritairement pour pouvoir proposer un repas adapté ?**

■ Marion Girod-Roux :

C'est le dépistage médical, les antécédents neuro, gastro, ORL, l'état respiratoire du patient, les symptômes que nous avons évoqués (gêne, reflux, fausse route, les pertes de poids, etc...), tout cet interrogatoire du patient et de sa famille. La recherche des problèmes neurologiques. Le médecin fait un rapide check des nerfs crâniens, ce qui fonctionne, ce qui ne fonctionne pas, la recherche des problèmes bucco-dentaires (prothèse, hygiène...), un check des médicaments car beaucoup de dysphagie iastrogène car les médicaments peuvent impacter les troubles de la déglutition, faire un point sur l'état nutritionnel et puis le dépistage devrait être systématique pour voir si la personne est à risque de dysphagie ou de fausse route. On dépiste et on fait les prescriptions qu'il faut. Ensuite après cet entretien du dépistage du médecin, il devrait être en mesure de prescrire, si besoin, des analyses biologiques, des bilans paramédicaux

(ortho, kiné, ergo, diète, évidemment) et demander des explorations. A l'entrée, le médecin est sensé faire le point, savoir quel type de personne il a en face et avoir une idée des risques déjà, une idée de fonctionnement de la personne, ce qui doit déjà commencer à lui donner des pistes sur ce qu'il va faire.

► **NC : Quid de la question bucco-dentaire ?**

■ Marion Girod-Roux :

C'est à voir selon le fonctionnement propre au sein de chaque équipe. Cela se construit en équipe, c'est à eux de voir quel est le meilleur moyen de transmettre l'information.

Après clairement, manger avec un dentier inadapté c'est à risque, ce n'est pas efficace, douloureux et inconfortable. Par exemple, il y a des gens qui n'ont pas de dents et qui mastiquent très bien parce que la gencive est kératinisée. Il ne faut pas oublier qu'une personne qui arrive en établissement c'est une grosse perte de repère pour elle, si en plus, alors qu'elle était habituée à manger, on la mets en mixé, elle perd tout et très souvent la seuls chose sympa qui reste c'est quand même le plaisir de manger. Il ne faut pas faire de transfert, pour le coup on le fait pas suffisamment sur ce point là.

Il manque de dentistes et ils se déplacent très rarement en structure. C'est très compliqué de faire venir quelqu'un chez le dentiste surtout avec des troubles cognitifs, comportementaux mais cela devrait être un cheval de bataille à l'entrée et si l'appareil n'est pas adapté, dans ce cas demander un conseil de professionnel, une prescription.

« Primum non nocere » : La médecine c'est d'abord ne pas nuire, et quand on prend des décisions restrictives, sans être sûr que ce soient les bonnes, parfois il faudrait s'abstenir, continuer comme c'était plutôt que restreindre la personne, qui en plus étant déjà fragile, peut décompenser très rapidement. Dès que l'on enlève quelque chose, on est sur de la privation, sur de la perte de fonction. Il suffit de quelques jours en mixé pour perdre l'habitude, la force musculaire ; on nuit en prenant des décisions qui ne sont pas éclairées et fondées sur des vrais diagnostics.

Evidemment, il y a un manque de personnels et de moyens mais à force d'essayer de trouver des solutions « pansements » on n'arrange rien en fait.

► **NC : Est-ce que dans un établissement un médecin ou une infirmière peuvent être habilités à faire un test tel que celui de DePippo ?**

■ Marion Girod-Roux :

Le Test de DePippo par définition est un test de dépistage et qui est fait par des professionnels non spécialistes de la dysphagie, donc clairement oui cela devrait faire partie des dépistages faits à l'entrée par le médecin, l'infirmière. Le dépistage normalement n'importe qui peut le faire, ça permet juste de donner une réponse binaire : oui y a un risque, non il n'y a pas de risque. S'il y a un risque on envoit vers le professionnel compétent.

On voit énormément de tests « dit fait maison », qui n'ont aucune validité, qui n'ont pas été contrôlés et le résultat n'est pas fiable, cela ne sert à rien de les utiliser. Le test de DePippo a été validé donc si dans la minute qui suit l'injection du verre d'eau y a les signes décrits (la toux, la voie mouillée...) le test est positif cela veut dire qu'il y a un risque de dysphagie, de fausse route ; dans ce cas on prescrit un bilan complémentaire par un professionnel spécialiste de la dysphagie qui détermine la texture adaptée.

Et si le test est négatif, en théorie il n'y a pas de risque et en cas de doute, on surveille, et si le doute se maintient, on peut éventuellement refaire un test ou on peut prescrire un bilan orthophonique ou kiné. Le Test de DePippo devrait être prescrit à l'entrée par le médecin ou l'infirmière.

Les recommandations de bonnes pratiques de l'AP-HP pour la prise en charge des troubles du sujet âgé explique très bien le rôle de chacun, le rôle dans le dépistage, le rôle dans l'intervention, le rôle dans la coordination ; c'est pour l'hospitalisation du sujet âgé mais les établissements médico-sociaux devraient s'en inspirer pour coordonner.

► **NC : Aujourd'hui il n'y a que le Test de DePippo qui est validé et qui peut être fait par des professionnels de dépistage ?**

■ Marion Girod-Roux :

Il y a d'autres tests qui existent mais qui sont en anglais et qui ne sont pas traduits officiellement en français. Il y a le test « Le Eating Assessment Tool (EAT-10) ? » qui est traduit, qui très largement utilisé mais il est un peu remis en question au niveau de l'analyse statistique. Ce n'est pas un test de dépistage. C'est un test qui implique que la personne réponde elle-même quand on a des troubles cognitifs majeurs ce n'est pas un test adapté.

Le seul qui soit validé c'est le DePippo. Après déterminer la texture qu'il faut, c'est à la fin de l'évaluation que l'on peut déterminer la texture adéquate pour le patient et ce n'est pas un professionnel non formé qui doit le faire mais quelqu'un qui connaît tout ce qu'on appelle la physiopathologie de la déglutition de ce patient c'est-à-dire tout le mécanisme de déglutition de ce patient précis et c'est seulement quand on a une connaissance précise de ce qui se passe que l'on peut déterminer quelles sont les stratégies qu'il faut mettre en place. Le Test de Guatterie est plutôt un contrôle des symptômes.

► **NC : Dans le Test de DePippo, est-ce que le moment de la journée est très important à prendre en considération pour faire un test de déglutition ? Le faire le matin après le petit-déjeuner après avoir passé une bonne nuit ou faire le test en fin de journée…**

■ Marion Girod-Roux :

C'est sûr que lorsque l'on est vigilant, en forme et que tout va bien, on a de meilleurs résultats fonctionnels pour tout et pas seulement pour la déglutition. Il ne faut pas tenir compte du moment de la journée mais en fonction de l'état du patient. Le test de dépistage se fait après avoir évalué les facteurs de risques, les antécédents, l'état respiratoire, etc. si tout est Ok et que le patient est vigilant, on fait un test de dépistage. S'il y a déjà de grosses interrogations sur l'état respiratoire, les comorbidités, les antécédents, si l'hygiène bucco-dentaire est catastrophique et que l'on a un doute, on ne va pas lui faire avaler de verre d'eau. Cela va plutôt dépendre de la vigilance et de la coopération du patient plutôt que du moment de la journée et si on a un doute sur le résultat, rien n'empêche de le refaire le lendemain.

► **NC : Pour manger normalement quelles sont les capacités nécessaires?**

■ Marion Girod-Roux :

Quand on mange des aliments normaux de tous les jours sans restriction (petits ou gros morceaux, solides, liquides), il faut des récepteurs sensitifs (la vision, la bouche ...) qui envoient les bonnes infos au cerveau qui lui va intégrer les infos qui va envoyer la bonne commande motrice. Il faut que tout cela marche bien, il faut des muscles qui fonctionnent bien et qui répondent bien aux commandes du cerveau qui va s'adapter en fonction de ce que l'on a (liquide, volume assez gros, etc.).

Il faut des capacités de préhension, des lèvres qui bougent et se ferment correctement, il ne faut pas se mordre la langue, il faut qu'elles envoient le bolus entre les dents, et que les dents mastiquent bien, écrasent bien, il faut de la salive, que celle-ci lubrifie tout cela et rendre le bolus compacte, des bonnes pressions, que les dents puissent se fermer, que la langue puisse faire suffisamment pression contre le palais pour envoyer le bol alimentaire à l'arrière et déglutir et il faut de bonnes capacités de préparation et de propulsion de bolus et de protection des voies aériennes parce que la déglutition sa fonction première c'est la sécurisation des voies aériennes et se nourrir. Interaction sociale du plaisir et de communication et ce que cela va impliquer aussi.

► **NC : Quand tu as des troubles neuro-évolutifs ou neuro-dégénératifs, qu'est-ce qui dysfonctionnent ?**

■ Marion Girod-Roux :

Chaque pathologie, chaque maladie aura son lot général. Globalement, très généralement, il peut y avoir une apraxie, qui fait que volontairement on ne va pas ouvrir la bouche, cela peut être impliqué à un refus alimentaire alors que c'est lié au fait qu'il n'y a pas la commande pour ouvrir la bouche, pas de fermeture au niveau des lèvres, la langue qui va avoir soit une faiblesse au niveau musculaire ou qui va avoir du mal à manipuler le bolus, ce qui va engendrer un problème au niveau de la mastication, s'il y a pas de salive, trouble de coordination et d'initiation de la déglutition, des problèmes du contrôle du volume et problèmes de troubles cognitivo-comportementaux.

En fait un même signe peut avoir plusieurs explications différentes et c'est pour cela qu'il faut faire un bilan pour déterminer la cause pour déterminer un plan d'actions.

► **NC : L'IDDSI propose de standardiser et de déployer une approche transversalle ? Pourrais tu nous en parler ?**

■ Marion Girod-Roux :

Avec l'IDDSI, il y a énormément de manière de nommer les textures au sein des établissements. Par exemple, suite à un sondage en 2013/2014, il y avait pour décrire 4 – 5 niveaux de textures, 54 termes différents pour les aliments par exemple. Le constat c'est qu'on modifie les textures pour répondre aux troubles de la déglutition alors qu'il n'y a pas de preuves d'efficacité et les textures sont très variées selon les équipes et les établissements et l'IDDSI est né afin de viser à harmoniser les différents niveaux de textures, leurs appellations et surtout leurs caractéristiques pour que le langage soit le même d'un professionnel à un autre, d'un établissement à un autre. Il faut réévaluer régulièrement au fur et à mesure de l'évolution du patient.

Cela permet aussi aux fabricants de produits à modifier prêts à l'emploi qu'ils soient vraiment adaptés aux prescriptions et cela permet d'avoir les mêmes références dans la recherche.

- **NC : Est-il exact de penser que le métier de cuisinier sanitaire ou médico-social est aujourd'hui un nouveau métier qui est très éloigné du concept de la restauration gastronomique mais d'un métier qui doit incorporer une équipe paramédicale et médicale en partant du résultat que l'on souhaite obtenir ? Le cuisinier doit se conformer au résultat attendu et il doit être capable de produire une texture telle qu'elle est attendue par l'orthophoniste, est-ce bien de cela qu'il s'agit ?**

- Marion Girod-Roux :

A terme, une fois que le travail d'instrumentation dans l'établissement a été fait : Oui ! Mais au départ, il faut que cela soit une concertation entre les cuisiniers et les orthophonistes. La mise en œuvre est sur du long terme, l'IDDSI propose un échéancier sur 12 mois, on fixe la date de lancement et là il y a des groupes de travail qui se font au sein de l'établissement qui incluent bien évidemment la cuisine. Il existe des guides de mise en œuvre de 12 mois pour les fabricants, pour les équipes soins et professionnels de santé et un guide de 12 mois pour les cuisines. On n'est pas obligés d'avoir tous les niveaux de textures dans un établissement mais juste que les niveaux que l'on a soient bien faits. Il faut que la cuisine soit dès le début impliquée. Il faut s'intéresser aux métiers avec qui on travaillent.

- **NC : Il y a un lien à faire c'est définir ce qu'est une belle assiette. Réviser les bases de la cuisine, pour nous, c'est réinventer le métier de cuisinier médico-social qui travaille de concert quotidiennement avec les rééducateurs.**

- Marion Girod-Roux :

Souvent nous rééducateurs, même médecins, même soignants au contact des patients, on ne connait pas les contraintes et ce qui se passent en cuisine et on va souvent avoir des demandes non réalisables en l'état. Et les cuisines, eux de leurs côtés, ne comprennent pas pourquoi on fait certaines demandes car ils n'ont pas de formation en troubles de la déglutition. Donc avant de vouloir mettre en place l'IDDSI et les textures modifiées, il faut se retrouver et faire un groupe cuisiniers / diététicien / ortho / médecin / infirmier ou cadre de santé et on part sur de bonnes bases pour comprendre les choses et on est plus enclin à chercher une solution.

- **NC : Qui peut évaluer et/ou valider l'adaptation de la texture ?.**

- Marion Girod-Roux :

Les fiches d'audit - à retouver ici - c'est le groupe de travail qui a été mis en place qui va auditer toutes les textures, tous les plats. Cela c'est avant la mise en place, par contre une fois qu'il y a mise en place de l'IDDSI qui est prête, c'est la personne qui va servir le repas qui va tester le plateau quand il est devant la personne qui consomme. Les outils sont simples à utiliser.

Dans les fiches d'audit, il faut tester à la sortie des cuisines, à 15 minutes et après 30 minutes pour voir la stabilité. Il faudra au moment où la personne le mange qu'il y ait un test de toute façon.

Toutes les ressources IDDSI existent en anglais et la traduction française ne va pas tarder à venir

Liens outils repérage / lien IDDSI / lien sur des ressources françaises – groupe de travail / Recommandations des bonnes pratiques de l'AP-HP /

Site de l'IDDSI : https://iddsi.org