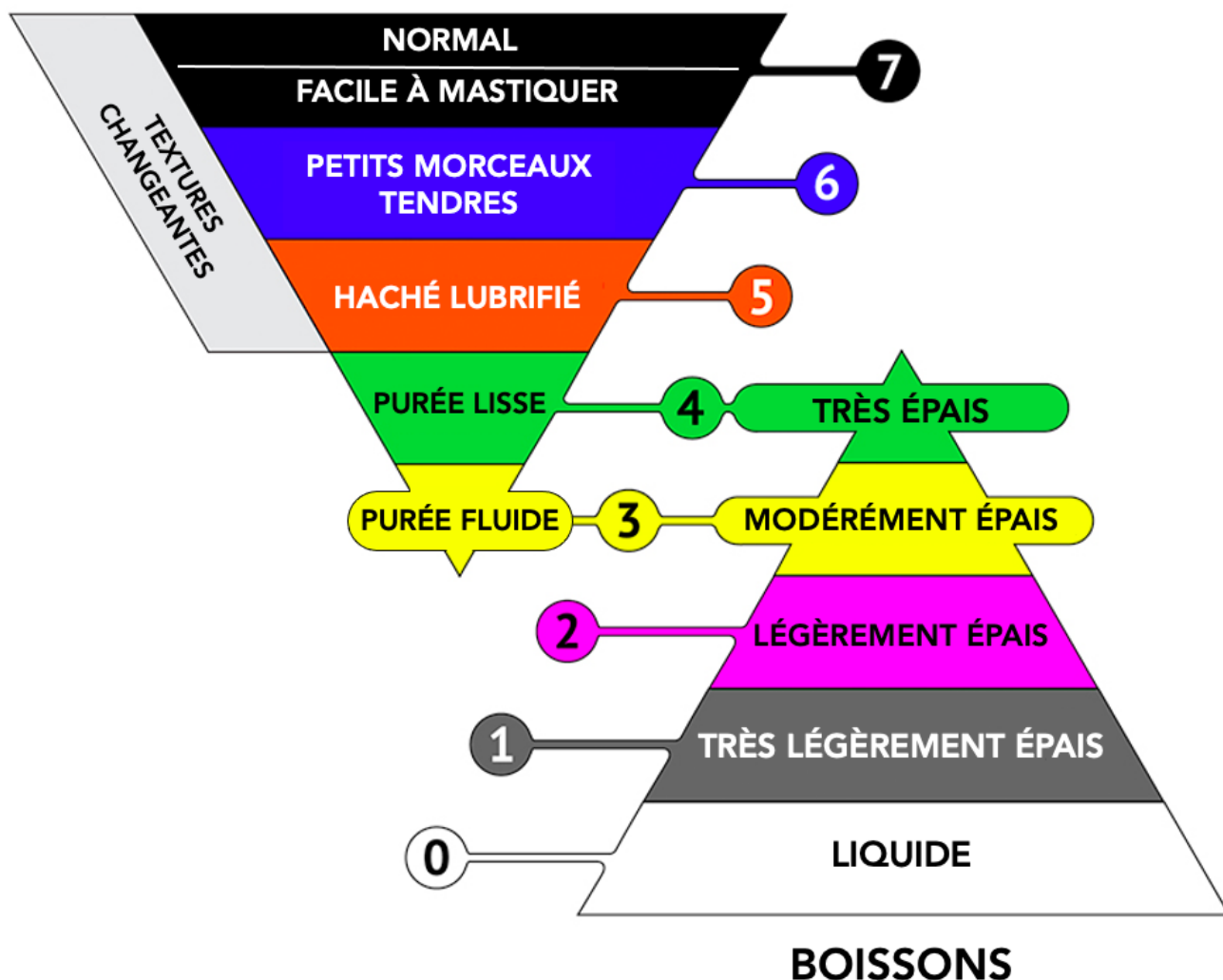


ALIMENTS



Foire Aux Questions IDDSI

FAQ - 2.0 / 2021

Terminologie française harmonisée (juin 2022) :

Ellen ANDREWS, Frédérique BRIN-HENRY, Marion GIROD-ROUX, Valérie MONTY, Virginie RUGLIO, Marie-Josée TESSIER

Traduction française :

Virginie RUGLIO & Marion GIROD-ROUX, Orthophonistes

INTRODUCTION

Le projet pour une standardisation internationale des textures adaptées à la dysphagie (International Dysphagia Diet Standardisation Initiative : IDDSI) a été initié en 2013. Son but est de développer une nouvelle terminologie, universelle et standardisée, ainsi que des définitions décrivant les aliments de texture modifiée et les liquides épaissis utilisés auprès de personnes dysphagiques de tous âges, dans tout type de structures de soins et au sein de toutes les cultures.

Trois ans de travail continu mené par le comité de l'IDDSI ont abouti à un diagramme final des textures adaptées aux dysphagies, composé d'un continuum de 8 niveaux (0 à 7). Ces niveaux sont identifiés par des numéros, des libellés et un code couleur. [Référence : Cichero JAY, Lam P, Steele CM, Hanson B, Chen J, Dantas RO, Duivesteyn J, Kayashita J, Lecko C, Murray J, Pillay M, Riquelme L, Stanschus S. (2017) Development of international terminology and definitions for texture-modified foods and thickened fluids used in dysphagia management: The IDDSI Framework. *Dysphagia*, 32:293-314. <https://link.springer.com/article/10.1007/s00455-016-9758-y>].

Le diagramme et descriptions détaillées de l'IDDSI 2.0 / 2019 est une mise à jour de la version de 2016. Cette mise à jour fournit une description détaillée de tous les niveaux du diagramme de l'IDDSI. Les descriptions se basent sur des méthodes de mesure simples pouvant être utilisées par des personnes souffrant de dysphagie ou par les aidants, praticiens, professionnels de restauration ou de l'industrie, pour déterminer le niveau IDDSI d'un aliment ou boisson.

Ce document doit être lu conjointement avec les documents Méthodes de mesure 2019, Niveaux de preuve 2016 et Foire aux questions (FAQs) IDDSI (<https://iddsi.org/framework/> ; <https://iddsi.org/Translations/Available-Translations>).

La standardisation IDDSI fournit une terminologie universelle permettant de décrire la texture des aliments et l'épaississement des boissons. Les méthodes de test (ou mesure) IDDSI sont destinées à confirmer l'écoulement ou les caractéristiques texturales d'un produit particulier au moment du test. Les mesures doivent être effectuées sur des aliments et boissons placés dans les conditions prévues de service (en particulier de température). Le professionnel de santé a la responsabilité de faire des recommandations de texture d'aliments et boissons pour un patient particulier en se basant sur une évaluation clinique complète.

Le comité de l'IDDSI tient à saluer l'intérêt et la participation de la communauté internationale, comprenant patients, aidants, professionnels de santé, industries, associations de professionnels et sociétés savantes. Nous tenons également à remercier nos sponsors pour leur aide généreuse.

Merci de consulter le site <https://iddsi.org/> pour toute information complémentaire.

Le comité de l'IDDSI :

Coprésidents : Peter Lam (Canada) et Julie Cichero (Australie) ;

Membres : Jianshe Chen (Chine), Roberto Dantas (Brésil), Janice Duivesteyn (Canada), Ben Hanson (Royaume-Uni), Jun Kayashita (Japon), Mershen Pillay (Afrique du Sud), Luis Riquelme (États-Unis), Catriona Steele (Canada), Jan Vanderwegen (Belgique).

Anciens membres : Joe Murray (États-Unis), Caroline Lecko (Royaume-Uni), Soenke Stanschus (Allemagne)

L'IDDSI (International Dysphagia Diet Standardisation Initiative Inc.) est un organisme indépendant à but non lucratif. L'IDDSI exprime sa reconnaissance à un grand nombre d'agences, organisations et partenaires industriels pour leur soutien financier ou d'autres types. Ces sponsors n'ont participé ni à l'élaboration ni au développement de la standardisation.

La mise en œuvre de la standardisation IDDSI est en cours. Le comité de l'IDDSI est extrêmement reconnaissant envers tous les sponsors soutenant cette mise en œuvre <https://iddsi.org/about-us/sponsors/>

**TRADUCTION FRANÇAISE (EUROPE) PAR LE GROUPE DE TRAVAIL ERU 42 LURCO
(LABORATOIRE UNADREO DE RECHERCHE CLINIQUE EN ORTHOPHONIE) – 2016 à 2021**

Comité de traduction de la version des outils IDDSI :

Membres : Virginie RUGLIO, Orthophoniste, Gériatrie Hôpital européen Georges Pompidou, Paris (75) ; Marion GIROD-ROUX, Orthophoniste, Centre Médical Rocheplane, Saint-Martin-d'Hères (38)

Anciens membres : Audrey ACHER, Orthophoniste, CHU Grenoble Alpes et cabinet libéral, Grenoble (38) ; Camille LELIEVRE, Orthophoniste, Centre Normandie Lorraine, Darnétal (76)

Comité de lecture :

Richard AGNETTI, Cadre supérieur de santé paramédical Diététicien-nutritionniste, Paris ; Cécile AUGÉ, Diététicienne, Draveil ; Isabelle BEN BELKACEM, Cadre de santé Diététicienne, Paris ; Frédérique BRIN-HENRY, Orthophoniste, Bar-le-Duc ; Samantha CAILLET, Diététicienne nutritionniste, Paris ; Cécile CHAPUIS-VANDEBOGAERDE, Orthophoniste, Paris ; Yann CLARET, Diététicien, Saint-Martin-d'Hères ; Marie-Christine CHOMETTE, Diététicienne, St Etienne ; Emmanuelle CUGY, Médecin Physique et de Réadaptation, Bordeaux ; Caroline DOUILLARD, Orthophoniste, Villiers-St-Denis ; Sophie HERMABESSIERE, Gériatre, Toulouse ; Audrey LECOUFFLE, Orthophoniste, Lille ; Raphaël LOPEZ, Chirurgien maxillo-facial et plastique de la face, Toulouse ; Camille MAIFFRET, Orthophoniste, Pérenchies ; Clémence MARCILLY, Orthophoniste, Bar-le-Duc ; Angélique MOREIRA-GENDREAU, Orthophoniste, Cenon ; Alice MOURANCHE, Orthophoniste, Angers ; Éléna NAVON, Orthophoniste, Grenoble ; Mathilde OUDRY, Orthophoniste, Paris ; Joanne PRA, Orthophoniste retraitée, Saint Martin d'Hères ; Anaïs RICHARD, Orthophoniste, Bar-le-Duc ; Sophie TRICOT, Orthophoniste, Annonay ; Gaëlle SORIANO, Diététicienne, Toulouse ; Estelle VALLE, Orthophoniste, Bar-le-Duc

TRADUCTION FRANÇAISE (GROUPE DE FRANCOPHONES DU CANADA IDDSI) - août 2017

Membres : Catriona M. STEELE, PhD, S-LP(C), Reg. CASLPO, Toronto Rehabilitation Institute – University Health Network ; Monique BOIS, MSc O(C), Institut de réadaptation Gingras-Lindsay-de-Montréal ; Stephanie DION, MRSc, OT, British Columbia Children's Hospital ; Heather FLOWERS, PhD, S-LP(C), Reg. CASLPO, Université d'Ottawa ; Danielle GILBERT, MSc, DtP, RD, Programme Extra-Mural, Vitalité Health Network ; Bernise HACHEY, MScS, O(C), Chaleur Regional Hospital, Vitalité Health Network ; Gabrielle TRÉPANIÉ, BSc OT (Reg), Sunny Hill Health Centre for Children

TERMINOLOGIE FRANÇAISE HARMONISÉE - juin 2022

Membres : Ellen ANDREWS, Orthophoniste, Soins continus Bruyère, Ottawa, Canada ; Frédérique BRIN-HENRY, Orthophoniste, Bar-le-Duc, France ; Marion GIROD-ROUX Orthophoniste, Centre Médical Rocheplane, Saint-Martin-d'Hères, France (38) ; Valérie MONTY, Diététiste Professionnelle, Soins continus Bruyère, Ottawa, Canada ; Virginie RUGLIO, Orthophoniste, Gériatrie Hôpital européen Georges Pompidou, Paris, France (75) ; Marie-Josée TESSIER, Ergothérapeute, Clinique Pédiatrique de Dysphagie et d'Ergothérapie, Montréal, Canada

Comité de lecture : Ghilan ALI, Orthophoniste (Maroc), Didier BLEECKX, Kinésithérapeute-Ergothérapeute (Belgique), Debby BERTEAU, Diététiste Professionnelle (Canada), Yann CLARET, Diététicien (France), Annick CÔTÉ, Orthophoniste (Canada), Marie-Hélène CYR, Diététiste Professionnelle (Canada), Michèle DE GIETER, Kinésithérapeute (Belgique), Sara EL YOUNI, Orthophoniste (Canada, Maroc), Véronique FAVRE, Diététicienne (Suisse), Amina FLERET, Orthophoniste (Guyane), Claire LEFORT, Orthophoniste (Guadeloupe), Marie-Ève LESSARD, Diététiste Professionnelle (Canada), Sophie LIEGEY, Orthophoniste (France), Sonia MICHALON, Orthophoniste (La Réunion), François MOURET, Orthophoniste (Nouvelle-Calédonie), Aran OBERLE, Orthophoniste (Canada), Isabelle REID, Diététiste Professionnelle (Canada), Aurélie SIMOES, Orthophoniste (La Réunion)

Q 1 : Comment savoir quel niveau de texture recommander pour mon patient ? Est-ce acceptable d'inclure la texture d'aliment X pour un patient en régime Y ?

R : Nous recevons régulièrement ce type de question. Il est important de comprendre ceci : Le diagramme IDDSI est « descriptif », et non « prescriptif ». Cela veut dire qu'il ne lie en aucun cas un diagnostic ou une pathologie donnée avec un niveau de texture. La décision de recommander tel ou tel niveau de texture d'aliment ou de boisson ne devrait être faite qu'à l'issue d'une évaluation rigoureuse du patient par un professionnel spécifiquement formé à l'évaluation et la prise en soins des troubles de la déglutition.

Q 2 : Comment puis-je savoir si un aliment ou une boisson peut être proposé à mon patient ?

R : La texture des aliments et des boissons varie en fonction de leur température, de leur degré d'humidité, de leur fraîcheur / maturité, de leur cuisson, etc. La **meilleure** façon de s'assurer qu'un aliment est conforme à un niveau IDDSI particulier est d'utiliser les méthodes de test recommandées.

Q 3 : Mon établissement n'utilise que deux niveaux d'épaississement des boissons. Doit-on utiliser tous les niveaux d'épaississement de l'IDDSI ?

R : Non, bien que le diagramme IDDSI comprenne cinq niveaux d'épaississement croissant des boissons, toutes les structures ne sont pas obligées d'utiliser les cinq niveaux. Par exemple, certains établissements gériatriques pourraient n'utiliser que les niveaux 0 (Liquide), 3 (Modérément épais / Purée fluide) et 4 (Très épais / Purée lisse). En étiquetant ainsi les boissons, lorsqu'un patient passe d'une institution utilisant peu de niveaux d'épaississement à une autre qui en utilise plus, il sera plus rapide, sûr et précis pour les professionnels et le personnel soignant de fournir le niveau approprié d'épaississement.

Q 4 : Je n'ai jamais entendu parler du niveau 1 (Très légèrement épais), de quoi s'agit-il ?

R : Le niveau 1 (Très légèrement épais) est utilisé principalement par les équipes de pédiatrie, et correspond au niveau d'épaississement semblable à celui du lait maternisé anti-reflux que l'on trouve dans le commerce. Il est sensiblement plus épais que le niveau 0 (Liquide), et moins épais que le niveau 2 (Légèrement épais). Les boissons de niveau 1 (Très légèrement épais) ont un écoulement ralenti mais peuvent être bues au biberon (tétine) sans effort particulier. Celles de niveau 2 (Légèrement épais) coulent également plus lentement, mais, de par leur épaississement, requièrent davantage d'effort pour être aspirées à travers la tétine d'un biberon. Les cliniciens travaillant avec des patients adultes constateront peut-être que certains produits qu'ils décrivaient initialement comme « naturellement épais » entrent dans cette catégorie niveau 1 (Très légèrement épais).

Références :

Cichero JAY, Nicholson T, Dodrill PM. Barium liquid is not representative of infant formula: Characterisation of rheological and material properties. *Dysphagia* 2011; 26(3): 264-271.

De Almeida MB, De Almeida JA, Moreira ME, Novak FR. Adequacy of human milk viscosity to respond to infants with dysphagia: experimental study. *J Appl Oral Sci.* 2011; 19(6): 554-559.

Stuart S, Motz JM. Viscosity in infant dysphagia management: comparison of viscosity of thickened liquids used in assessment and thickened liquids used in treatment. *Dysphagia.* 2009; 24(4): 412-422.

September C, Nicholson TM, Cichero JAY. Implications of changing the amount of thickener in thickened infant formula for infants with dysphagia. *Dysphagia.* 2014; 29(4): 432-437.

Q 5 : Mon établissement a utilisé les termes « nectar » et « miel » pendant des années, pourquoi ces termes ne sont-ils pas utilisés dans le cadre de la standardisation IDDSI ?

R : Deux enquêtes ont été menées auprès d'intervenants internationaux, comprenant plus de 5000 réponses. Même si les termes « nectar » et « miel » étaient largement compris dans certaines parties du monde, ils n'avaient aucune signification dans d'autres parties du monde, notamment en Asie. D'autres réflexions ont porté sur la variabilité naturelle du « miel » dans ses formes cristallisées à liquides, et sur le fait que le miel en tant qu'aliment est à risque de botulisme pour les enfants de moins d'un an. Pour le diagramme international, adapté à l'intervention auprès de sujets de tous âges, il a été décidé que les termes décrivant la variation de l'épaisseur de la boisson étaient plus appropriés.

Q 6 : Les smoothies de fruits et les soupes passées ne risquent-ils pas de boucher la seringue ?

R : L'IDDSI recommande pour les niveaux 0 à 4 une texture lisse et homogène, sans morceaux ni grumeaux. Si vous mixez un smoothie ou une soupe, vous devez vous assurer qu'il ne reste aucun grumeau ou pépin. Si des morceaux bouchent la seringue lors du Test d'écoulement, il est recommandé de mixer davantage l'aliment ou la boisson ou de les passer au tamis.

Le Test d'écoulement de l'IDDSI a été validé pour évaluer la viscosité des soupes et des smoothies. Il est également suffisamment sensible pour mettre en évidence des modifications de texture en lien avec des modifications de température. Notez que le Test d'écoulement de l'IDDSI est prévu pour confirmer la texture des niveaux 0 à 3. Les boissons de niveau 4 (Très épais) ne s'écouleront pas à travers la seringue, ou bien seulement une ou deux gouttes. Pour ce niveau, le Test à la cuillère inclinée et le Test d'égouttement à la fourchette sont recommandés pour confirmer les caractéristiques de l'échantillon.

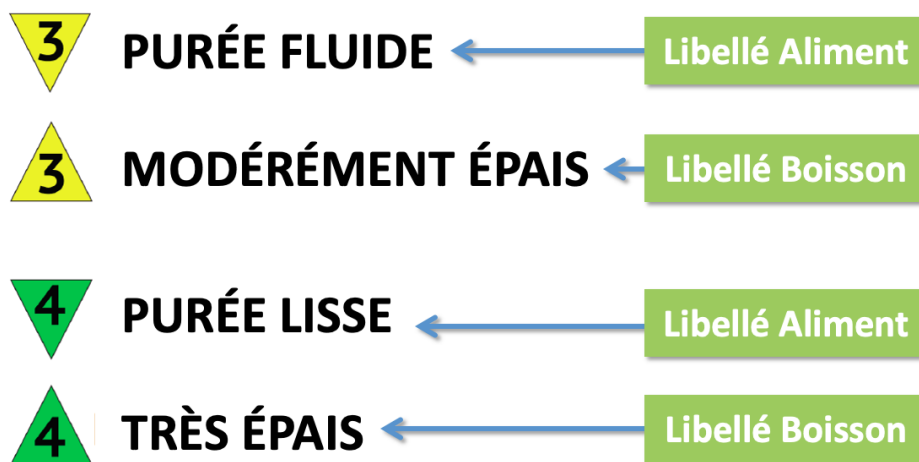
Pour plus d'informations, voir le document « Méthodes de mesure IDDSI » (<https://iddsi.org/Translations/Available-Translations>)

Q 7 : Pourquoi les aliments « purée fluide » et les boissons « modérément épaisses » partagent-ils le même numéro (niveau 3), ainsi que les aliments « purée lisse » et les boissons « très épaisses » (niveau 4) ?

R : Durant la phase de test de la standardisation IDDSI, le comité a pris conscience que le niveau 3 (aliments en purée fluide et boissons modérément épaisses) partageaient les mêmes propriétés d'écoulement et les mêmes descriptions. Il en est de même pour le niveau 4 (aliments en purée lisse et boissons très épaisses)

En utilisant le même numéro et la même couleur pour identifier les aliments et les boissons de chacun de ces niveaux, le diagramme de l'IDDSI montre que ces textures sont équivalentes.

Nous avons décidé de retenir des libellés différents pour les boissons et les aliments dans un même niveau. En effet, les retours des industriels de l'alimentation rapportaient qu'il était important pour eux, en plus des caractéristiques de texture d'un échantillon, de pouvoir l'étiqueter soit en tant qu'aliment, soit en tant que boisson. Nous pouvons donc différencier aliments et boissons en utilisant la pyramide inversée pour les aliments, et la pyramide montante pour les boissons.



Q 8 : Si mon patient a besoin de boissons de niveau 3, les aliments doivent-ils aussi être de niveau 3 ? Même question pour le niveau 4 ?

R : Le niveau 4 (aliments en purée lisse et boissons extrêmement épaisses) et le niveau 3 (aliments en purée fluide et boissons modérément épaisses) sont présentés dans la standardisation IDDSI comme étant équivalents en raison de leurs propriétés et de leur comportement d'écoulement similaires. Cela ne signifie pas qu'ils doivent être recommandés ensemble. Les cliniciens doivent évaluer la capacité du patient à consommer les aliments et les boissons de manière indépendante.

Par exemple : votre patient peut avoir besoin de boissons épaisses de niveau 3 en raison d'un mauvais contrôle oral, mais être capable de contrôler des aliments hachés lubrifiés de niveau 5. Dans ce cas, on lui conseillera des aliments hachés lubrifiés de niveau 5, et des boissons modérément épaisses de niveau 3.

Q 9 : Mon établissement n'utilise que deux niveaux de texture ; doit-on utiliser tous les niveaux de texture de l'IDDSI ?

R : Non, bien que le diagramme IDDSI comprenne cinq niveaux de modification croissante des textures alimentaires, toutes les structures ne sont pas obligées d'utiliser les cinq niveaux. Par exemple, certains établissements gériatriques pourraient n'utiliser que les niveaux 7 (Normal), 6 (Petits morceaux tendres) et 4 (Très épais / Purée lisse). En étiquetant ainsi les aliments, lorsqu'un patient passe d'une institution utilisant peu de niveaux de modification à une autre qui en utilise plus, il sera plus rapide, sûr et précis pour les professionnels et le personnel soignant de lui fournir le niveau approprié de texture.

Q 10 : Existe-t-il une liste d'aliments pour illustrer les différentes textures IDDSI ?

R : En raison du nombre considérable d'aliments et de manières de les cuisiner, il est impossible de dresser une liste pour chaque niveau de texture.

Par exemple, un fruit très mûr qui passe le test de pression à la fourchette ou à la cuillère et qui est coupé en dés de 1,5 cm (adulte) ou 8 mm (pédiatrie) remplit les critères du niveau 6 (Petits morceaux tendres).

Le même fruit non mûr, qui ne passe pas le test de pression, même s'il est coupé à la taille requise, ne remplira pas les critères du niveau 6.

Prenez l'exemple d'une banane bien mûre et d'une banane encore verte. La meilleure manière de vérifier si un aliment ou une boisson est du bon niveau IDDSI est de pratiquer tous les tests de mesure recommandés.

Q 11 : À quel niveau se situe le pain dans la standardisation IDDSI ?

R : Le pain existe dans la plupart des régions du monde et constitue souvent un aliment de base pour de nombreuses populations. Cependant, étant difficile à manipuler, il doit être considéré, de manière générale, comme un aliment de niveau 7 (normal). Il doit être à la fois croqué et mastiqué ; la littérature a souvent identifié le pain comme cause d'étouffement alimentaire.

Trouver des moyens de continuer à offrir du pain et des sandwichs aux personnes dysphagiques représente un dilemme constant. Il existe plusieurs façons de résoudre ce problème, et l'IDDSI a partagé récemment une vidéo expliquant la préparation d'un sandwich de niveau 5 (Haché lubrifié) :

<https://www.youtube.com/watch?v=W7bOufqzmz18&t=1s>

Q 12 : Le pain offre aux patients de la variété. Pourquoi est-il considéré comme aliment à risque augmenté de fausse route ?

R : De manière générale, les produits à base de pain entrent dans le niveau 7 (Aliments normaux). Cette décision est basée sur la littérature scientifique où le pain est souvent considéré comme l'une des causes d'étouffements alimentaires (Irwin et al., 1997 ; Ekberg & Feinberg, 1992 ; South Australia Coronial Inquest, 1997 ; Wick et al., 2006 ; Berzlanovich et al., 1999, 2005 ; Food Safety Commission of Japan, 2010 ; Licea, 2016). Le pain et les sandwiches requièrent la capacité à la fois de croquer et de mastiquer. Bien que le pain paraisse tendre, il ne peut pas être facilement réduit en purée ou coupé en petits morceaux de moins de 4 mm en raison de sa nature fibreuse. En réalité, le nombre de coups de dents, la force masticatoire et l'endurance nécessaires pour avaler le pain en sécurité sont sensiblement les mêmes que ceux nécessaires pour croquer, mastiquer et déglutir des cacahuètes (Hoebler et al., 2000). Les personnes qui se fatiguent rapidement lors de la mastication peuvent trouver le pain difficile à transformer en un bolus suffisamment petit pour être avalé sans danger. Le pain doit également être ramolli grâce à la salive pour que la mastication soit efficace (Hoebler et al., 2000). Chez les personnes dont la bouche est sèche (ex. effets secondaires de certains médicaments, radiothérapie, etc.), il arrive que le pain ne soit pas suffisamment humidifié avant d'être avalé, ce qui le rend collant dans le pharynx. Lorsqu'il est humidifié, le pain ne se dissout pas mais devient adhérent. Les aliments collants ou adhérents sont à risque augmenté de fausse route (Irwin et al., 1997 ; Ekberg & Feinberg, 1992 ; Wick et al., 2006 ; Berzlanovich et al., 1999, 2005). La capacité à déglutir en sécurité le pain et les sandwiches doit être évaluée au cas par cas par un spécialiste de la déglutition.

Références :

- Berzlanovich AM, Muhm M, Sim E. and Bauer G. Foreign body asphyxiation - an autopsy study. *American Journal of Medicine*. 1999; 107: 351-355.
- Berzlanovich AM, Fazeney-Dorner B, Waldhoer T and Fasching P. Foreign body in asphyxia: A preventable cause of death in the elderly. *American Journal of Preventive Medicine*. 2005; 28: 65-69.
- Ekberg O and Feinberg M. Clinical and demographic data in 75 patients with near-fatal choking episodes. *Dysphagia*. 1992; 7: 205-208.
- Food Safety Commission, Japan. Risk assessment report: Choking accidents caused by foods. 2010. www.fsc.go.jp/english/topics/choking_accidents_caused_by_foods.pdf (Consulté le 21 juin 2016).
- Hoebler C, Devaux M-F, Karinthi A, Belleville C, Barry J-L. Particle size of solid food after human mastication and in vitro simulation of oral breakdown. *International Journal of Food Science and Nutrition*. 2000; 51: 353-366.
- Irwin RS, Ashba JK, Braman SS, Lee HY and Corrao WM. Food asphyxiation in hospitalized patients. *JAMA*. 1997; 237: 2744-2745.
- Kohyama K, Mioche L, Bourdiol P. Influence of age and dental status on chewing behavior studied by EMG recordings during consumption of various food samples. *Gerontology*. 2003; 20(1): 15-23.
- Licea M, Klein M. Patient chokes to death after hospital feeds her sandwich she can't eat. *New York Post*. News Corp. 2016. <http://nypost.com/2016/06/09/patients-chokes-to-death-after-hospital-feeds-her-sandwich-she-can-t-eat> (Consulté le 21 juin 2016).
- South Australia: Coronial Inquest, Dimitra Damianou. 1997. <http://www.courts.sa.gov.au/CoronersFindings/Lists/Coroners%20Findings/Attachments/284/DAMIANOU%20Dimitra.pdf> (Consulté le 21 juin 2016).
- Wick R, Gilbert JD and Byard RW. Café coronary syndrome-fatal choking on food: An autopsy approach. *Journal of Clinical Forensic Medicine*. 2006; 13: 135-138.

Q 13 : Mon établissement propose des sandwiches avec une garniture finement hachée et lubrifiée. Ces aliments peuvent-ils être inclus dans le niveau 5 (Haché lubrifié) ?

R : De manière générale, les produits à base de pain sont considérés comme étant de texture normale (niveau 7) et ne sont pas admis dans les niveaux 6 (Petits morceaux tendres) ou 5 (Haché et lubrifié). Cette décision est basée sur une revue de la littérature dans laquelle le pain est une cause fréquemment identifiée dans les étouffements (Irwin et al., 1997 ; Ekberg & Feinberg, 1992 ; South Australia Coronial Inquest, 1997 ; Wick et al., 2006 ; Berzlanovich et al., 1999, 2005 ; Food Safety Commission of Japan, 2010 ; Licea, 2016). Si un morceau de pain ou de sandwich est prédécoupé à une dimension inférieure à celle préconisée au Niveau 6 (maximum 1,5 cm *pour les adultes*), le spécialiste en déglutition peut alors décider de l'admettre pour certains patients, et toujours au cas par cas. Toutefois, le pain ne peut pas être facilement réduit en purée à la fourchette ou coupé en petits morceaux de moins de 4 mm à cause des fibres qu'il contient ; ainsi, il ne correspond pas à la définition d'une texture de niveau 5 (Haché et lubrifié). Dans certains pays, des produits à base de pain modifié sont disponibles sous le nom de pain « pré-gélifié » ou de pain « imbibé ». Les recommandations de mesure IDDSI doivent être appliquées pour savoir si ces produits entrent dans le niveau 5 ou 6.

Références :

- Berzlanovich AM, Muhm M, Sim E. and Bauer G. Foreign body asphyxiation - an autopsy study. American Journal of Medicine. 1999; 107: 351-355.
- Berzlanovich AM, Fazen-Dorner B, Wldhoer T and Fasching P. Foreign body in asphyxia: A preventable cause of death in the elderly. American Journal of Preventive Medicine. 2005; 28: 65-69.
- Ekberg O. and Feinberg M. Clinical and demographic data in 75 patients with near-fatal choking episodes. Dysphagia. 1992; 7; 205-208.
- Food Safety Commission, Japan. Risk assessment report: Choking accidents caused by foods. 2010. www.fsc.go.jp/english/topics/choking_accidents_caused_by_foods.pdf (Consulté le 21 juin 2016).
- Hoebler C, Devaux M-F, Karinthi A, Belleville C, Barry J-L. Particle size of solid food after human mastication and in vitro simulation of oral breakdown. International Journal of Food Science and Nutrition. 2000; 51: 353-366.
- Irwin RS, Ashba JK, Braman SS, Lee HY and Corrao WM. Food asphyxiation in hospitalized patients. JAMA. 1997; 237: 2744-2745.
- Kohyama K, Mioche L, Bourdiol P. Influence of age and dental status on chewing behavior studied by EMG recordings during consumption of various food samples. Gerontology. 2003; 20(1): 15-23.
- Licea M, Klein M. Patient chokes to death after hospital feeds her sandwich she can't eat. New York Post. News Corp. 2016. <http://nypost.com/2016/06/09/patients-chokes-to-death-after-hospital-feeds-her-sandwich-she-can-t-eat> (Consulté le 21 juin 2016).
- South Australia: Coronial Inquest, Dimitra Damianou. 1997. <http://www.courts.sa.gov.au/CoronersFindings/Lists/Coroners%20Findings/Attachments/284/DAMIANOU%20Dimitra.pdf> (Consulté le 21 juin 2016).
- Wick R, Gilbert JD and Byard RW. Café coronary syndrome-fatal choking on food: An autopsy approach. Journal of Clinical Forensic Medicine. 2006; 13: 135-138.

Q 14 : Peut-on proposer du pain, des toasts, des biscuits ou des produits de boulangerie à une personne en niveau 6 (Petits morceaux tendres) si on les lubrifie en y ajoutant suffisamment de sauce épaisse / corps gras ?

R : Utilisez les méthodes de test pour le niveau 6 (taille des morceaux, test de pression à la fourchette) pour déterminer si l'aliment correspond bien à ce niveau.

Q 15 : Comment savoir si la texture d'un aliment correspond bien au niveau 5 - Haché lubrifié ?

R : Les aliments de niveau 5 (Haché lubrifié) sont destinés à imiter un « bolus mastiqué » pour les personnes qui ont une capacité de mastication minimale mais qui ont néanmoins la capacité de bouger la langue pour transporter l'aliment et appliquer une pression sur les petites particules tendres.

L'objectif de cette texture est de fournir un bolus facile à avaler s'il n'est pas mastiqué, mais aussi de donner à la personne la possibilité d'utiliser ses capacités minimales de mastication et de manipulation linguale. Pour le niveau 5 - Haché lubrifié, les 3 considérations clés sont :

1. **Taille des particules :** selon la recherche, chez l'adulte sain la taille des particules alimentaires restantes après mastication est en moyenne de 2 à 4 mm selon le type d'aliment. Cependant, les particules alimentaires d'un bolus mastiqué n'ont pas nécessairement une taille uniforme, aussi faut-il tenir compte de leur hauteur, largeur et longueur. La taille des particules de niveau 5 - Haché lubrifié pour l'adulte a été fixée à 4 mm pour tenir compte de cette irrégularité. Les aliments comme le riz sont jugés appropriés pour le niveau 5 - Haché lubrifié. Cette inclusion offre aux personnes dysphagiques un aliment visuellement reconnaissable, ce qui améliore l'observance et les ingesta. La plupart des grains de riz ont une longueur d'au moins 8 à 10 mm, mais leur largeur est de 4 mm. Les pâtes risoni et orzo sont similaires au riz et répondent aux exigences de « mastication minimale nécessaire » du niveau 5. Ces pâtes ne sont pas nécessairement de dimensions régulières et leur inclusion dans le niveau 5 a une utilité clinique en encourageant le maintien d'une mastication minimale, tout en favorisant la progression vers un niveau 6. Il n'est pas indispensable que les particules mesurent 4 x 4 x 15 mm, mais il faut que leur longueur se situe entre 4 mm et 15 mm maximum. Le riz est donc adapté parce que ses dimensions sont de 4 mm x 2 mm x 10 mm (par exemple) : c'est une nuance subtile mais importante. 4 x 4 x 4 mm serait également une variante acceptable, car ces dimensions sont inférieures à 15 mm. 4 mm correspond à l'espace entre les dents d'une fourchette ordinaire. Compte tenu de l'anatomie des jeunes enfants, il est recommandé de ne pas dépasser 2 mm x 2 mm x 8 mm* pour les populations pédiatriques (2 mm est la moitié de l'espace entre les dents d'une fourchette ordinaire).

*15 mm pour les adultes et 8 mm pour les enfants sont considérés comme des dimensions suffisamment petites pour ne pas obstruer les voies respiratoires. L'évaluation clinique est indispensable pour déterminer si un individu peut consommer des aliments de niveau 5 - Haché lubrifié

2. **Caractéristiques des aliments :** la recherche a également montré qu'avant d'être avalés, les aliments durs tels que les noisettes et les carottes crues sont réduits en particules plus petites (env. 2 mm) que les aliments plus tendres. La description du niveau 5 - Haché lubrifié précise que les aliments doivent être suffisamment tendres pour pouvoir être écrasés facilement par une pression minimale exercée avec une fourchette ou une cuillère.
3. **Teneur en humidité :** la recherche suggère également que chez les adultes sains, les aliments sont réduits en petites particules et insalivés jusqu'à lubrification suffisante pour la déglutition. La description du niveau 5 précise que les aliments doivent être suffisamment lubrifiés pour que le bolus reste cohésif et ne soit ni trop collant ni trop fluide. Le test à la cuillère inclinée doit être utilisé pour s'assurer que les aliments ne sont pas trop secs ou collants, et le test d'égouttement à la fourchette pour vérifier qu'ils ne sont pas trop fluides. Il est essentiel que les aliments de niveau 5 répondent à tous les critères indiqués, pour « imiter » au mieux un bolus mastiqué juste avant d'être avalé.

Tous ces éléments doivent être pris en compte et vérifiés à l'aide des tests IDDSI afin de s'assurer que les aliments répondent à tous les critères du niveau 5 - Haché lubrifié.

Q 16 : Je n'avais jamais entendu parler des aliments de texture changeante, de quoi s'agit-il ?

R : Les aliments de texture changeante sont utilisés principalement par les équipes de pédiatrie ou par des professionnels intervenant auprès de personnes souffrant de troubles du développement. Ce sont des aliments ou substances qui se modifient rapidement pour devenir plus faciles à mastiquer ou à avaler après humidification ou changement de température. Par exemple, des aliments comme les cornets à glace ou certaines chips de pommes de terre sont solides dans leur état initial mais lorsqu'ils sont humidifiés (ex. : eau ou salive), ils se désagrègent rapidement et facilement sous la pression de la langue contre le palais. La mastication peut être effectuée avec un effort et une fatigue réduite. Les copeaux de glace appartiennent également à cette catégorie, ils sont initialement solides, glissants et faciles à avaler, mais ils fondent à température corporelle. De même, la crème glacée ou les gelées à base de gélatine peuvent être fermes lorsqu'elles sont servies à température ambiante mais fondent rapidement en bouche pour devenir liquides. Au Japon, la jelly (sorte de gelée) destinée à la rééducation de la déglutition est ferme mais également glissante pour faciliter la déglutition. Ces aliments ou produits sont souvent introduits en première étape de progression vers des textures plus exigeantes, ou sont utilisés dans la rééducation de la mastication ou de la déglutition du fait de leurs propriétés texturales uniques (Gisel 1991 ; Dovey et al., 2013).

Exemples :



Biscuits apéritifs soufflés



Gaufrettes

Références :

Dovey TM, Aldridge VK, Martin CL. Measuring oral sensitivity in clinical practice: A quick reliable behavioral method. *Dysphagia*. 2013; 28: 501-510.

Gisel EG. Effects of food texture on the development of chewing of children between six months and two years of age. *Dev Med Child Neurol*. 1991; 33: 69-79.

Q 17 : Pourquoi les aliments de texture « mixte » ou « double », ou encore “mélanges solide / liquide” ne sont-ils pas recommandés pour les personnes dysphagiques ?

R : Par définition, les aliments de texture mixte ou double comprennent à la fois des solides et des liquides (ex. légumes dans un bouillon de soupe).

De manière générale, les aliments de texture mixte ou double sont plus difficiles à avaler, parce que la personne doit être capable d'en manipuler à la fois la partie solide et la partie liquide, ce qui nécessite des capacités de coordination avancées.

Lors de la déglutition d'aliments de texture mixte ou double, les risques sont les suivants :

- La part fluide peut s'écouler dans le pharynx durant la préparation orale du bolus (Saitoh et al., 2007). Ceci peut induire un risque augmenté d'inhalation chez les personnes dysphagiques.
- Les particules solides peuvent être entraînées dans le pharynx en même temps que la partie liquide, sans avoir été correctement mastiquées. Si ces particules entrent dans les voies aériennes, il y a un risque accru d'obstruction des voies aériennes.

Afin de décrire correctement les textures mixtes ou doubles, il est nécessaire de décrire à la fois la partie liquide et la partie solide de l'aliment. Les méthodes de mesure IDDSI peuvent être appliquées à cet effet, en décrivant séparément les deux composantes. Par exemple, un bouillon contenant des dés de carottes tendres de 1,2 cm sera classé en niveau 6-0, décrivant à la fois le niveau 6 - Petits morceaux tendres (aliment) et le niveau 0 - Liquide (boisson).

- Les aliments de texture double dont la part fluide est liquide (niveau 0) et se sépare facilement de la part solide ne sont pas adaptés aux personnes dysphagiques.
- Si les deux composantes de l'aliment de texture mixte ou double correspondent aux textures préconisées pour le patient, celui-ci peut être à même de le consommer. Par exemple, si un aliment purée lisse (niveau 4) est servi accompagné d'une sauce de niveau 3, comme dans le cas d'une purée de pommes de terre crémeuse servie avec une sauce modérément épaisse, alors un patient dont la recommandation de texture s'étend sur une gamme contenant les niveaux 3 et 4 peut être capable de consommer les deux composantes de cet aliment. Avant de recommander l'inclusion d'éléments de texture mixte ou double dans le régime alimentaire d'un patient, il est indispensable d'évaluer sa capacité à les manipuler.

Références :

Saitoh E, Shibata S, Matsuo K, Baba M, Fujii W, Palmer JB. Chewing and food consistency: Effects on bolus transport and swallow initiation. *Dysphagia*. 2007; 22: 100-107.

Q 18 : Les patients partiellement ou totalement édentés non appareillés doivent-ils bénéficier de régimes à texture modifiée ou de régimes normaux ?

R : Les personnes édentées ou non appareillées peuvent bénéficier d'un régime à texture modifiée même s'ils ne présentent pas de dysphagie. Les dents manquantes, les prothèses dentaires mal adaptées et les pathologies dentaires sont corrélées avec les résultats d'autopsie des patients décédés par étouffement alimentaire (Berzlanovich et al., 2005 ; Wick et al., 2006). Les prothèses dentaires sont associées à une force masticatoire faible et à des bolus insuffisamment mastiqués. Les personnes portant une prothèse dentaire amovible ne fournissent que 25 % de l'efficacité masticatoire d'individus ayant des dents naturelles, et produisent un bol alimentaire plus grossier contenant des particules de taille plus élevée (Pereira et al., 2006 ; Okamoto et al., 2012). La recherche suggère que les adultes âgés porteurs de moins de 13 dents présentent un risque augmenté de toux et de fausse route (Okamoto et al., 2012). Kayser et al. (1987) vont plus loin et suggèrent que 12 dents antérieures (donc les 8 incisives et les 4 canines) et 8 prémolaires sont nécessaires pour permettre une fonction de mastication efficace. Si le spécialiste en déglutition a déterminé que son patient n'a pas besoin de morceaux prédécoupés, les aliments les plus tendres du niveau 7 peuvent convenir.

Références :

- Berzlanovich AM, Fazeney-Dorner B, Waldhoer T and Fasching P. Foreign body asphyxia: A preventable cause of death in the elderly. *American Journal of Preventive Medicine*. 2005; 28: -5-69.
- Kayser AF. Shorter dental arches and oral function. *J Oral Rehab*. 1981; 8: 457-462.
- Kayser AF, Witter DJ and Spanauf AJ. Overtreatment with removable partial denture in shortened dental arches. *Aus Dent J*. 1987; 32: 178-182.
- Okamoto N, Tomioka K, Saeki K, Iwamoto J, Morikawa M, Harano A and Kurumatani N. Relationship between swallowing problems and tooth loss in community-dwelling independent elderly adults: the Fujiwara-Kyo study. *J Am Geriatr Soc*. 2012; 60: 849-853.
- Pereira LJ, Gavaio MBD and Van der Bit. Influence of oral characteristics and food products on masticatory performance. *Acta Odontologica Scandinavica*. 2006; 64: 193-201.
- Wick R, Gilbert JD and Byard RW. Café coronary syndrome-fatal choking on food: An autopsy approach. *Journal of Clinical Forensic Medicine*. 2006; 13: 135-138.

Q 19 : Bien que ce ne soient pas des aliments, nous devons également avaler des comprimés et des gélules. Quels niveaux de texture supposent une capacité à avaler des comprimés et gélules entiers ? Pour quels niveaux de texture les comprimés et gélules sont-ils à risque de fausse route ?

R : La capacité à avaler des comprimés et gélules varie chez les sujets sains, et constitue un problème chez les sujets dysphagiques (Sundar et al., 2001 ; Carnaby-Mann & Crary, 2005 ; Lau et al., 2015). Du point de vue des textures, les personnes pouvant bénéficier d'un niveau 7 (aliments normaux) ou d'un niveau 6 (aliments tendres en petits morceaux), *doivent être capables* de prendre les médicaments solides comme les comprimés et les gélules. Certaines personnes en niveau 5 (aliments hachés lubrifiés) devraient également être capables de gérer les traitements médicamenteux par voie orale (comprimés et gélules). En revanche, ces derniers sont considérés comme à risque augmenté de fausse route pour les personnes bénéficiant d'un niveau 4 (aliments en purée lisse / boissons très épaisses). La capacité à avaler des médicaments entiers doit être évaluée au cas par cas par un spécialiste de la déglutition. Si la personne n'est pas capable d'avaler des comprimés ou gélules entiers, il convient de consulter le médecin traitant sur ce qu'il conseille en termes de formes galéniques alternatives. Broyer, vider ou fractionner les médicaments n'est pas recommandé, et peut avoir des effets indésirables graves (Wright, 2002). L'avis d'un pharmacien est toujours souhaitable avant modification de la galénique médicamenteuse. Des ressources supplémentaires sur la prise en charge médicamenteuse en cas de dysphagie sont disponibles (White & Bradnam, 2007 ; Society of Hospital Pharmacists of Australia, 2015).

Références :

Carnaby-Mann G and Crary M. Pill swallowing by adults with dysphagia. Archives of otolaryngology Head & Neck surgery. 2005; 131: 970-975.

Lau ETL, Steadman KJ, Mak M, Cichero JAY, Nissen LM Prevalence of swallowing difficulties and medication modification in consumers at community pharmacies. Journal of Pharmacy Practice and Research. 2015; 45(1): 18-23.

Society of Hospital Pharmacists of Australia. Australian don't rush to crush handbook. Second Edition. 2015. Editorial committee. Collingwood, Vic, AU: SHPA.

Sundar KM, Elliott CG and Thomsen GE. Tetracycline aspiration. Respiration. 2001; 68: 416-419.

White R and Bradnam V. Handbook of Drug Administration via Enteral Feeding Tubes. 2007. Cambridge University Press, Cambridge.

Wright D. Tablet crushing is a widespread practice but is not safe and may not be ideal. The Pharmaceutical Journal. 2002; 269: 132.

Q 20 : Pour les aliments comme les soupes, qui doivent entrer dans le niveau 3 (Purée fluide), suffit-il de mixer les aliments avec de l'eau pour obtenir cette texture ?

R : Non. Même si le diagramme de l'IDDSI cible les textures, nous savons que les personnes souffrant de dysphagie présentent un risque élevé de malnutrition protéino-énergétique et qu'il peut être difficile de combler ses besoins nutritionnels avec des repas en textures modifiées (Finestone & Greene, 2003 ; Wright et al., 2005 ; Taylor & Barr, 2006 ; Charlton et al., 2010). Mixer les aliments avec de l'eau dilue les nutriments et l'énergie contenus dans ces aliments. Les nutriments riches comme le lait, le beurre, la crème fraîche, le fromage, la sauce, la soupe crémeuse ou encore la crème aigre peuvent être utilisés pour amener les aliments à la texture purée fluide (niveau 3). Malgré tout, prenez la peine de consulter un diététicien ou un médecin nutritionniste pour vous assurer que l'aliment en texture modifiée contient bien les nutriments nécessaires à satisfaire les besoins énergétiques de la personne.

Références :

Charlton KE, Nichols C, Bowden S, Lambert K, Barone L, Mason M and Milosavljevic M. Older rehabilitation patients are at high risk of malnutrition: Evidence from a large Australian database. *Journal of Nutrition, Health & Aging*. 2010; 14(8): 623-628.

Finestone HM and Greene-Finestone LS. Rehabilitation Medicine: 2 Diagnosis of Dysphagia and its nutritional management for stroke patients. *Canadian Medical Association Journal*. 2003; 169(10): 1041-1044.

Taylor KA and Barr SI. Provision of small frequent meals does not energy intake of elderly residents with Dysphagia who live in an extended-care facility. *Journal of the American Dietetic Association*. 2006; 106: 1115-1118.

Wright L, Cotter D, Hickson M and Frost G. Comparison of energy and protein intakes of older people consuming a texture modified diet with a normal hospital diet. *Journal of Human Nutrition and Dietetics*. 2005; 18: 213-219.

Q 21 : Tous les aliments de niveau 6 (Petits morceaux tendres) pour les adultes doivent-ils respecter les dimensions préconisées de 1,5 x 1,5 cm ?

R : Oui, tous les aliments (y compris les sandwiches) doivent respecter les dimensions recommandées pour le niveau 6 (Petits morceaux tendres). Le lien entre la taille des particules et le risque d'étouffement alimentaire est bien identifié dans la littérature scientifique (Samuels & Chadwick, 2006 ; Kennedy et al., 2014). On ne peut pas supposer que le personnel infirmier ou les soignants couperont spontanément l'aliment à la taille requise pour assurer la sécurité de la déglutition. Afin d'éviter l'étouffement alimentaire, les morceaux doivent être suffisamment petits pour passer dans la trachée sans la boucher. Le diamètre trachéal moyen est de 22 mm chez l'homme et de 17 mm chez la femme (Brodsky et al., 1996). Des particules de 15 mm auront donc davantage tendance à passer dans la trachée sans la boucher. L'IDDSI a conscience qu'il est difficile de proposer des aliments comme les sandwiches dans ces dimensions, et encourage les cliniciens et les soignants à proposer du pain imbibé d'un liquide épaissi en alternative aux sandwiches ou au pain classique. Par exemple, découper finement du pain et y ajouter la même quantité d'eau et de beurre (matière grasse) pour obtenir une texture de pain mou, puis le mouler de nouveau et servir. La combinaison de l'eau et de la matière grasse réduit l'adhérence du pain et améliore la cohésion du bolus formé.

Si une personne est capable de couper ses aliments en petits morceaux, n'a pas besoin de surveillance et n'est pas à risque particulier d'étouffement, celle-ci peut progresser vers le Niveau 7 (Aliments normaux) en commençant par les aliments les plus tendres de ce niveau.

Références :

Brodsky JB, Macario A, Mark JBD. Tracheal diameter predicts double-lumen tube size: A method for selecting left double-lumen tubes. *Anesthesia Analgesia*. 1996; 82: 861-864.

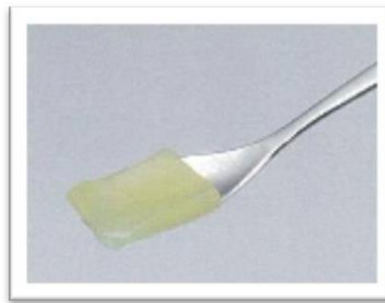
Samuels R and Chadwick DD. Predictors of asphyxiation risk in adults with intellectual disability and dysphagia. *Journal of Intellectual Disability Research*. 200-; 50(5): 362-370.

Kennedy B, Ibrahim JE, Bugeja L and Ranson D. Causes of death determined in methodological investigations in residents of nursing homes: A systematic review. *Journal of the American Geriatric Society*. 2014; 62: 1513-1526.

Q 22 : La jelly (sorte de gelée) n'est habituellement pas incluse dans les régimes pour dysphagiques ; pourquoi la jelly japonaise destinée à la rééducation de la déglutition est-elle mentionnée (aliments de texture changeante) ?

R : La jelly à base de gélatine est habituellement écartée des régimes pour dysphagiques car elle se dissout souvent en bouche à cause de l'élévation de température (du froid à la température corporelle), ce qui rend la déglutition plus difficile. La jelly peut cependant être élaborée à partir de diverses substances, lesquelles peuvent se comporter différemment en bouche. Par exemple, la jelly à base de konjac (également connu sous le nom de glucomannane, konnyaku, poudre de taro ou poudre d'igname / de yam) a été identifiée comme liée à un risque augmenté de fausse route, car associée à des décès par étouffement. Les jellies à base de konjac ont donc été interdites dans un certain nombre de pays (Japanese Food Safety Commission, 2010). En revanche, au Japon, la jelly à base de carraghénine et de gomme de caroube, ou de gomme de caroube et de gomme xanthane, a montré une bonne cohésion lors de la phase orale, une bonne résistance à la pression de la langue contre le palais, et ne se délite pas ni ne libère d'eau. Elle présente également une texture glissante qui facilite la rééducation de la fonction de déglutition. De plus, la jelly japonaise destinée à la rééducation de la déglutition est spécialement découpée à des dimensions facilitant la déglutition tout en limitant le risque d'étouffement (1 x 1,5 cm).

Exemples de jelly japonaise destinée à la rééducation de la déglutition
Morceaux de 1 mm x 15 mm



<http://image.rakuten.co.jp/iryosyoku/cabinet/03511530/03511532/img59981825.jpg>

Q 23 : Qu'est-ce que le test d'écoulement de l'IDDSI ?

R : Le test d'écoulement IDDSI est conçu pour tester la capacité d'un fluide à s'écouler dans des conditions proches de celles de la déglutition d'un bolus. La texture du fluide ou son niveau IDDSI est défini par la quantité restant dans la seringue de 10 ml après 10 secondes.

Le test d'écoulement est adapté aux niveaux IDDSI 0 à 3. Comme les boissons de niveau 4 ne s'écoulent pas, le test d'égouttement à la fourchette et d'écoulement à la cuillère inclinée sont utilisés pour distinguer le niveau 3 (Modérément épais / Purée fluide) du niveau 4 (Extrêmement épais / Purée lisse).

Q 24 : Le test d'écoulement IDDSI est-il précis ?

R : Oui, lors de tests effectués par la communauté scientifique et par les industries internationales productrices de denrées médicales, il a été démontré que le test d'écoulement IDDSI est précis et fiable.

Le test d'écoulement IDDSI est fondé sur le concept de l'entonnoir de Posthumus, utilisé depuis de nombreuses décennies dans l'industrie laitière pour contrôler la texture du lait, de la crème, du yaourt et de la crème pâtissière. La configuration géométrique de la seringue permet à la fois les types d'écoulement par cisaillement et par élongation, qui représentent les conditions d'écoulement existant dans la cavité buccale et le pharynx.

Q 25 : Puis-je tester n'importe quel fluide avec le test d'écoulement IDDSI ?

R : Oui. Le test d'écoulement IDDSI peut être utilisé pour tester n'importe quel type de produit fluide à condition qu'il ne contienne pas de grumeaux, de particules, de graines, etc. Cela signifie que les boissons naturellement épaisses telles que les yaourts à boire ainsi que celles épaissies par un produit épaississant commercial peuvent être testées à l'aide du test d'écoulement IDDSI.

Q 26 : Puis-je réaliser le test d'écoulement IDDSI avec n'importe quelle seringue de 10 ml ?

R : Non. Il est important que le canon de la seringue de 10 ml soit de la bonne dimension, car les tailles et formes des différentes seringues de 10 ml peuvent varier (même lorsque l'embout Luer est aux normes ISO). La distance entre les graduations 0 et 10 ml doit être de 61,5 mm.

Vérifiez que votre seringue ne présente pas de défauts ou d'obstructions : 10 ml d'eau plate devraient s'écouler complètement dans la seringue en 7 secondes.

Si vous avez des difficultés à vous procurer la bonne seringue, contactez votre acheteur de fournitures médicales ou votre distributeur local de fournitures médicales.

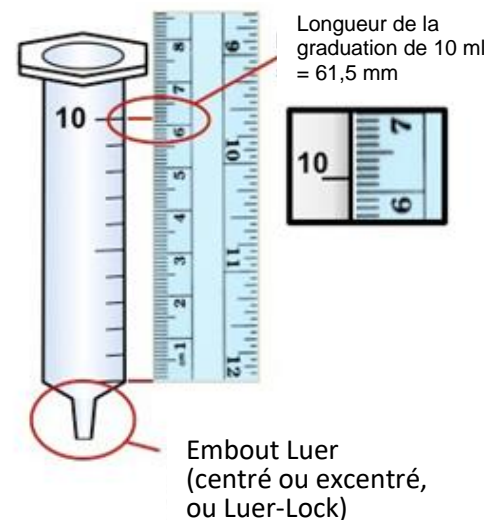
Q 27 : À quoi ressemble une seringue Slip Tip / Luer Slip de 10 ml et comment être certain qu'elle sera la même partout dans le monde ?

R : La seringue « slip tip » de 10 ml est représentée ci-dessous. Il s'agit d'une seringue en plastique stérile et hypodermique à usage unique. Elle est aussi connue sous le nom de seringue « Luer slip ». L'extrémité de la seringue est lisse et sans système de verrouillage. Peu importe que l'embout soit centré ou excentré (positionné sur le côté).



Caractéristiques de la seringue de 10 ml adaptée aux tests IDDSI

Bien que les seringues de 10 ml aient initialement été considérées comme identiques dans le monde entier sur la base d'une norme ISO (ISO 7886-1), il s'est avéré par la suite que le document ISO ne se réfère qu'à l'embout de la seringue et qu'il peut exister des variations de longueur du corps de seringue et de diamètre entre les marques. Le Test d'écoulement IDDSI nécessite une seringue de référence d'une longueur de 61,5 mm entre les graduations 0 et 10 ml (pour le développement des tests, des seringues BD™ ont été utilisées —code fabricant 301604). L'IDDSI est informé que certaines seringues étiquetées 10 ml ont en réalité une capacité de 12 ml. Les résultats obtenus en utilisant une seringue de 12 ml seront différents de ceux obtenus avec une véritable seringue de 10 ml.



Références : ISO-7886-1: 1993 (E) Sterile syringes for single use: Part 1, syringes for manual use. International Standards organisation www.iso.org

Q 28 : Comment puis-je trouver la bonne seringue à utiliser pour le test d'écoulement IDDSI ?

R : Nous avons souligné l'importance de tester les boissons en utilisant une seringue de 10 ml de taille appropriée : une seringue dont le canon mesure 61,5 mm de long entre les graduations 0 et 10 ml. C'est essentiel pour pouvoir tester votre boisson avec précision. La meilleure façon de s'en assurer est de vérifier cette longueur et qu'il s'agit bien d'une seringue Luer lock ou Slip Tip. Lorsque vous vous serez assuré que la seringue est conforme, nous vous suggérons de noter le numéro de code figurant sur l'emballage de la seringue en prévision de toute commande ultérieure. Notez que les codes des seringues peuvent différer selon les pays. Exemples de codes :

Amérique du Nord : BD 303134 - embout Slip Tip 10 ml, BD 302995 - embout Luer lock 10 ml / Australie : BD 302143 - embout Slip Tip 10 ml / Singapour : BD 302143

Europe : BD Plastipak 10 ml Luer lock Réf 305959 / BD Plastipak 10 ml Réf 302188 embout Luer excentré

→ Toujours vérifier la seringue avant utilisation ; 10 ml d'eau tempérée doivent s'en écouler en 7 secondes.

Q 29 : Pourquoi la standardisation IDDSI ne donne-t-elle pas de valeurs de viscosité pour les produits à texture modifiée ?

R : L'IDDSI n'identifie pas les produits à texture modifiée en fonction de leur viscosité pour les raisons suivantes :

- Ce ne serait pas scientifiquement correct : la viscosité est utilisée pour décrire les fluides newtoniens (par exemple l'eau, l'huile), mais presque toutes les boissons épaisses ont un comportement de cisaillement non newtonien. Leur « viscosité apparente » dépend de la façon dont elles sont testées.
- Ce ne serait pas assez spécifique : deux types de fluides différents (par exemple l'un épaissi à la gomme xanthane et l'autre à l'amidon) ayant exactement la même viscosité mesurée à un taux de cisaillement donné (par exemple 50/s) n'auront pas la même viscosité mesurée à un autre taux de cisaillement. Ils n'auront pas non plus nécessairement la même apparence ou le même comportement lorsqu'ils sont avalés.
- Ce ne serait pas pratique : il faut un équipement spécialisé et coûteux (par exemple un rhéomètre ou viscosimètre avec une plaque conique) qui n'est pas disponible dans les établissements de santé et de soins.
- En comparaison, le test d'écoulement IDDSI est peu coûteux, accessible et facile à réaliser, ne nécessitant qu'une seringue de 10 ml et un chronomètre.

Q 30 : Y a-t-il un moyen d'utiliser un viscosimètre et d'établir des liens avec les niveaux IDDSI ?

R : Un viscosimètre comme celui de Brookfield peut être très utile pour l'audit interne et le développement de produits lorsque vous modifiez les concentrations pour un produit (ou une gamme limitée de produits). Si vous vous limitez à des variations de concentration d'une poudre épaississante pour un type de boisson, vous pourrez alors établir une corrélation entre cette concentration et la valeur IDDSI mesurée à la seringue, mais il n'est malheureusement pas possible de faire correspondre une valeur de viscosité directement avec le test à la seringue pour tous les types de liquides.

Q 31 : Quand j'évalue un échantillon de liquide avec le Test d'écoulement, j'obtiens exactement 8 ml résiduels dans la seringue. Cela correspond-il au niveau 2 ou au niveau 3 ?

R : L'échantillon n'est ni de niveau 2 ni de niveau 3. Un échantillon testé exactement au point cut-off de 8 ml est exactement entre les niveaux 2 et 3. Il faut l'ajuster pour que ses caractéristiques correspondent soit à celles du niveau 2 (Légèrement épais), soit à celles du niveau 3 (Modérément épais).

Il en est de même pour un échantillon testé à 4 ml. Il n'est ni de niveau 1 ni de niveau 2, mais entre ces deux niveaux. Comme précédemment, il nécessitera également des ajustements dans sa recette pour convenir, au choix, soit au niveau 1 (Très légèrement épais), soit au niveau 2 (Légèrement épais).

Q 32 : S'il n'y a pas d'écoulement à travers la seringue (ou seulement une ou deux gouttes) au bout de 10 secondes, cela classe-t-il automatiquement l'échantillon dans le niveau 4 (Très épais / Purée lisse) ?

R : Non. S'il n'y a pas d'écoulement (ou seulement une ou deux gouttes) au bout de 10 secondes, l'échantillon est plus épais que le niveau 3 (Modérément épais / Purée fluide). L'échantillon devrait alors être soumis au Test à la cuillère inclinée et au Test d'égouttement à la fourchette, pour savoir s'il correspond au niveau 4 (Très épais / Purée lisse). Se référer aux descriptions du niveau 4 (Très épais / Purée lisse).

Il est possible qu'un échantillon soit trop épais pour s'écouler à travers la seringue, mais qu'il ne corresponde pas pour autant au niveau 4. Les problèmes rencontrés fréquemment sont l'affaissement, le résidu collant laissé par l'échantillon sur la cuillère, et la longue goutte sous la fourchette lorsque l'échantillon est évalué en utilisant le Test d'égouttement à la fourchette. Dans ces cas, l'échantillon n'est ni de niveau 3 ni de niveau 4, il se situe entre les deux niveaux. L'échantillon doit donc être modifié pour répondre aux exigences du niveau 3 ou du niveau 4.

Q 33 : Ai-je besoin d'une autorisation spéciale pour utiliser les ressources de l'IDDSI ?

R : Non. Tous les documents du site Internet de l'IDDSI ont été élaborés par l'IDDSI et sont destinés à un usage public. Vous n'avez pas besoin de demander d'autorisation pour partager ces ressources (documents et images). Toutefois, lorsque vous faites référence à l'IDDSI sur vos documents imprimés, votre site Internet, vos documents promotionnels, vos communications, vous devez mentionner www.iddsi.org comme source et citer la licence Creative Commons BY-SA 4.0 comme suit :

“© The International Dysphagia Diet Standardisation Initiative 2019 @ <https://iddsi.org/framework>. Sous licence Creative Commons Attribution Partage dans les mêmes Conditions 4.0 <https://creativecommons.org/licenses/by-sa/4.0/legalcode>. Les œuvres dérivées allant au-delà de la traduction NE SONT PAS AUTORISÉES.”

Note complémentaire : La modification du diagramme ou des descriptions IDDSI est interdite. La modification des éléments de la standardisation IDDSI peut entraîner des confusions et des erreurs dans le choix de la texture des aliments ou des boissons pour les patients atteints de dysphagie. De telles erreurs ont déjà été associées à des événements indésirables, notamment l'étouffement et la mort.

Q 34 : Puis-je utiliser le logo IDDSI dans mes documents ?

R : Le logo de l'IDDSI ne doit pas être utilisé dans les documents électroniques ou imprimés, les sites Internet, les documents promotionnels, les communications, à moins que l'IDDSI ne l'autorise spécifiquement. L'utilisation du logo IDDSI peut induire en erreur les clients et le public en leur faisant croire que les produits ou matériels sont spécifiquement approuvés ou certifiés par l'IDDSI. Nous réservons l'utilisation du logo IDDSI aux matériels et ressources officiels de l'IDDSI, afin qu'ils puissent être facilement identifiés. Le diagramme IDDSI peut être utilisé dans les supports pédagogiques à condition que le copyright et la licence Creative Commons soient cités. **Ni le logo IDDSI ni le diagramme IDDSI ne doivent être utilisés pour la publicité, l'étiquetage des produits, la promotion ou la vente.**

Q 35 : Existe-t-il des directives pour la création d'un site Internet, de pages Internet, de blogs ou de produits concernant l'IDDSI ?

R : Oui :

- Veuillez ne pas utiliser le logo IDDSI sur des sites Internet, pages web, blogs ou produits qui ne sont pas officiellement produits par l'IDDSI afin d'éviter de donner l'impression que vos visiteurs ont navigué sur le site officiel de l'IDDSI ou que le site Internet, les pages web, les blogs ou les produits ont été créés, approuvés ou certifiés par l'IDDSI.
- Sur la page d'accueil de votre site Internet ou sur vos pages web, veuillez inclure une déclaration parfaitement visible indiquant sa vocation et ses objectifs et veuillez préciser « Ce site N'EST PAS le site officiel de l'IDDSI » et renvoyer les visiteurs à www.iddsi.org pour des informations et des ressources actualisées.
- Le diagramme IDDSI (propre à chaque langue) peut être inclus avec la citation appropriée du copyright et de la licence Creative Commons.
- Évitez ou limitez l'inclusion ou la publication de tout matériel ressource ou de vidéos déjà hébergés sur le site Internet de l'IDDSI ou sur la chaîne YouTube de l'IDDSI. Ceci afin d'éviter que le matériel ne soit obsolète en cas de mise à jour ou de modification. Il est recommandé de créer des liens vers les ressources de l'IDDSI.
- Les ressources et les publications de l'IDDSI sont disponibles gratuitement sur le site Internet de l'IDDSI. L'IDDSI déconseille la vente de tout matériel ou ressource en accès libre.
- La modification des outils de l'IDDSI est déconseillée et n'est pas recommandée.

Q 36 : Existe-t-il des recommandations pour la création de ressources, de matériel pédagogique ou de programmes de formation sur la standardisation IDDSI ?

R : Oui :

- Veuillez NE PAS UTILISER le logo IDDSI dans des ressources, du matériel pédagogique ou des programmes de formation non officiellement produits par l'IDDSI afin d'éviter de donner l'impression qu'ils ont été créés, approuvés ou certifiés par l'IDDSI.
- Veuillez inclure une déclaration clairement visible sur les ressources, le matériel pédagogique ou les programmes de formation et indiquer « **Ces ressources, ce matériel pédagogique ou ce programme de formation ne sont pas produits par l'IDDSI et ne sont PAS destinés à remplacer le matériel et les ressources disponibles sur www.IDDSI.org** ».
- Renvoyez les consommateurs au site web de l'IDDSI pour des informations et des ressources actualisées.
- Le diagramme IDDSI (propre à chaque langue) peut être inclus avec la citation appropriée du copyright et de la licence Creative Commons.
- Évitez ou limitez l'inclusion ou la publication de tout matériel ressource ou de vidéos déjà hébergés sur le site Internet de l'IDDSI ou sur la chaîne YouTube de l'IDDSI. Ceci afin d'éviter que le matériel ne soit obsolète en cas de mise à jour ou de modification. Il est recommandé de créer des liens vers ces ressources.
- Les ressources et les publications de l'IDDSI sont disponibles gratuitement sur le site Internet de l'IDDSI. L'IDDSI déconseille la vente de tout matériel ou ressource en accès libre.
- La modification des outils de l'IDDSI est déconseillée et n'est pas recommandée.

Q 37 : La standardisation IDDSI est-elle obligatoire ?

R : Non. Le comité de l'IDDSI a toujours été clair sur le fait que, bien qu'il espère que la communauté internationale adoptera l'IDDSI pour la sécurité des personnes atteintes de dysphagie, cette standardisation n'est pas obligatoire. Cela étant dit, certains pays, régions ou autorités sanitaires peuvent rendre son adoption obligatoire pour en assurer la mise en œuvre cohérente.

Q 38 : L'IDDSI offre-t-elle une certification ou un agrément à des produits ?

L'IDDSI a reçu plusieurs demandes de renseignements pour savoir si des produits, des formations, des services de consultation ou de test, des laboratoires seraient certifiés ou agréés par l'IDDSI. Certaines publicités, certains produits ou services et certains sites web récents ont inclus le logo de l'IDDSI avec des mentions telles que « certifié par l'IDDSI », « conforme à l'IDDSI » ou « testé par l'IDDSI », ce qui donne à penser aux consommateurs qu'ils ont été spécialement approuvés ou cautionnés par l'IDDSI.

Pour être tout à fait clair, l'IDDSI ne certifie, n'approuve, ne teste, ne donne d'agrément ni ne promeut aucun produit spécifique ni aucun service. L'objectif principal de l'IDDSI est de favoriser et de promouvoir l'utilisation du diagramme IDDSI, de sa terminologie standardisée et de ses méthodes de test pour améliorer la sécurité des patients, à tous âges, dans tous les établissements de soins et dans toutes les cultures.

Nous demandons à tous les utilisateurs, entreprises, organisations, sociétés, services de formation concernant l'IDDSI de nous aider à maintenir le site internet www.iddsi.org comme source centrale d'informations sur l'IDDSI. Si vous faites référence à des documents de l'IDDSI, assurez-vous d'inclure les informations permettant de renvoyer votre public vers le site Internet de l'IDDSI.