

# Le syndrome du mangeur rapide

Un groupe de travail clinique propose des interventions pour le prévenir.

## Collaboration spéciale\*

**B**ien qu'aucune définition claire du « syndrome du mangeur rapide » n'existe dans la littérature, cette expression a été retenue par le Groupe de travail interdisciplinaire de l'Institut universitaire en santé mentale de Québec (IUSMQ) qui a étudié cette problématique.

Le syndrome du mangeur rapide décrit un problème de comportement alimentaire qui se caractérise par l'ingestion rapide d'aliments solides et liquides, par la prise de grosses bouchées et de grandes gorgées et par une mastication insuffisante ou absente, trois facteurs qui augmentent le risque d'étouffement.

Selon plusieurs études (Anderson, 1977 ; Yim et Chong, 2009 ; Fioritti *et al.*, 1997 ; Kumar *et al.*, 2008 ; Shapiro, 1972 ; Thacker *et al.*, 2008 ; Walker, 1968), la prise de médicaments, par exemple un neuroleptique, le piètre état des dents, le port d'un dentier, la consommation d'alcool, le fait de bouger, de parler ou de rire en mangeant, et le fait de s'alimenter très rapidement ou de façon vorace sont tous des éléments qui augmentent chez la population en général le risque de s'étouffer. L'existence d'un trouble mental ou d'une déficience intellectuelle et le fait de vivre en établissement seraient aussi des facteurs favorisant l'apparition de ce syndrome.

Thacker et ses collaborateurs (2008) précisent que chez la clientèle psychiatrique ne présentant pas d'anomalie physique, de mauvaises habitudes alimentaires et la prise de médicaments seraient les deux principaux facteurs de risque. De plus, le fait pour cette clientèle de ne pas pouvoir manger ce qu'elle veut, au moment où elle le souhaite, entraînerait chez elle des comportements à risque comme voler de la nourriture, manger en marchant, ou pire, manger en s'enfuyant.

**Le syndrome du mangeur rapide décrit un problème de comportement alimentaire qui se caractérise par l'ingestion rapide d'aliments solides et liquides.**



© Vinicius Tupinamba / Dreamsstime.com

## Objectifs du groupe de travail

- Sensibiliser les intervenants, les bénévoles, ainsi que le comité des usagers et les membres de l'entourage des clients aux risques liés au syndrome du mangeur rapide et aux précautions requises.
- S'assurer que les membres du personnel dépistent les personnes à risque d'obstruction respiratoire et les évaluent.
- Prévenir les accidents graves et les décès chez les personnes présentant le syndrome du mangeur rapide par des interventions personnalisées.

Le groupe de travail a aussi adopté des pistes d'interventions. L'infirmière peut y référer pour préparer son plan thérapeutique infirmier (PTI) afin de mettre en place des interventions optimales. Si les actions entreprises ne donnent pas les résultats escomptés, on demandera aux membres de l'équipe interdisciplinaire, médecin, infirmière, ergothérapeute, diététiste, pharmacien et tout autre professionnel concerné, d'analyser la situation en fonction de leur champ d'expertise respectif et de recommander de façon concertée les actions qui s'imposent.

### Cinq stratégies

Les pistes d'interventions retenues s'inscrivent dans cinq grandes stratégies :

1. *Favoriser une bonne position* : s'assurer que la personne est confortablement assise pour prendre ses repas et ses collations.
2. *Adapter les consistances et les textures des aliments* : prévoir des boissons et des aliments ayant une texture et une consistance qui facilitent la déglutition.
3. *Personnaliser les techniques d'alimentation* : vérifier le port et l'ajustement des prothèses dentaires ; couper les aliments en petits morceaux ; accorder suffisamment de temps à la personne pour qu'elle puisse manger à son rythme ; avant qu'elle ne quitte la salle à manger, la faire parler de façon à s'assurer que sa cavité buccale est vide ; lui servir un plat à la fois ; étaler la nourriture dans son assiette pour réduire la grosseur de ses bouchées.
4. *Aménager son environnement* : veiller à ce que ses voisins de table et ses visiteurs ne lui donnent pas d'aliment à risque ; être attentive à la personne pendant qu'elle prend ses repas ; favoriser un environnement calme et convivial.
5. *Recourir aux aides techniques nécessaires* : ustensiles et vaisselle de petit format.

### Diffuser l'information

Plusieurs moyens de communication permettent de diffuser l'information. Une capsule d'autoformation se trouve sur le site Intranet de l'IUSMQ. Elle permet au personnel de mieux comprendre le syndrome du mangeur rapide et la dysphagie et de se familiariser avec les nouveaux outils d'intervention. Un article sur le syndrome du mangeur rapide a aussi été publié dans le journal de l'établissement.

## Stratégies

### Cinq stratégies d'intervention :

- Favoriser une bonne position.
- Adapter les consistances et les textures des aliments.
- Personnaliser les techniques d'alimentation.
- Aménager l'environnement.
- Recourir aux aides techniques nécessaires.

## Le cas de Jean

Jean est un jeune homme de 24 ans admis depuis une semaine à l'IUSMQ pour un premier épisode psychotique. Lors de son admission, on a rempli une grille de dépistage d'une personne à risque d'obstruction respiratoire qui s'est révélée positive. Jean mange rapidement et prend de très grosses bouchées.

L'infirmière de l'unité remplit une grille d'évaluation. Elle constate que Jean a plus d'appétit, probablement en réaction à l'administration d'antipsychotiques. Elle observe qu'un patient assis à sa table veut lui prendre sa nourriture, ce qui rend Jean encore plus anxieux et l'incite à manger encore plus rapidement.

À titre de mesure préventive, l'infirmière lui propose de porter un bracelet jaune pour rappeler au personnel qu'il présente un risque d'obstruction respiratoire. Il refuse. Un dépliant d'information sur le syndrome du mangeur rapide est remis à Paul, le frère de Jean, avec qui il fait régulièrement des sorties.

Après consultation entre la diététiste et l'infirmière, des interventions sont ciblées. Jean est installé à une autre table afin de lui offrir un environnement calme et de lui permettre de manger sans se presser. Ses aliments lui sont servis un plat à la fois. Pour ralentir le rythme de son ingestion, on l'encourage à déposer fréquemment et régulièrement son ustensile dans son assiette pendant qu'il mastique. On lui conseille aussi de couper ses aliments en petites bouchées. Des collations lui seront aussi servies afin de l'aider à mieux contrôler son appétit au moment des repas.

L'équipe constate cependant que le recours à ces interventions ne suffit pas à prévenir les risques d'obstruction respiratoire. En fait, l'intensité des symptômes de sa maladie ne permet pas à Jean d'utiliser efficacement l'enseignement qui lui a été dispensé.

L'équipe interdisciplinaire est donc appelée. Après les évaluations respectives de chaque professionnel suivies d'une discussion du cas, il est proposé de fournir à Jean une cuillère et une fourchette de petit format et de couper ses aliments avant de lui remettre son assiette.

D'autres stratégies pourront être évaluées selon l'évolution de la condition de Jean, par exemple le maintien de ses médicaments. Les interventions seront révisées lorsque l'état mental de Jean sera stabilisé.

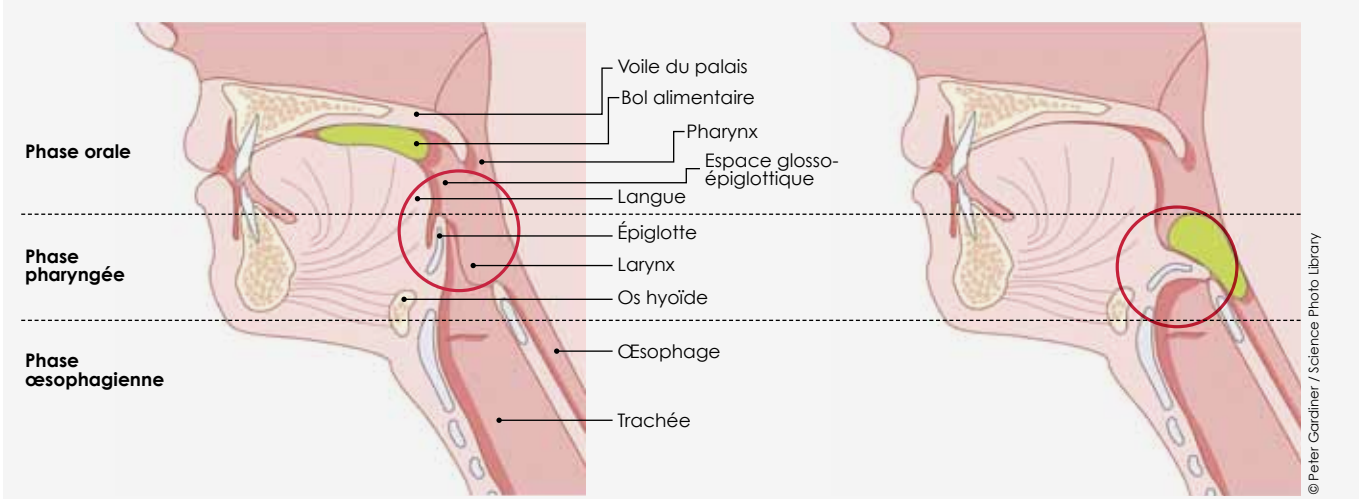
Un avis de gestion des risques est diffusé à l'approche des périodes les plus critiques, par exemple avant le buffet des fêtes, pour rappeler aux intervenants d'intensifier leur vigilance et d'assurer une surveillance constante des personnes à risque d'obstruction respiratoire.

Des données électroniques permettent au personnel clinique de demeurer au fait des risques et des interventions à privilégier pour chaque personne à risque. Le personnel est aussi invité à remettre un dépliant informatif aux membres de l'entourage d'une personne souffrant du syndrome du mangeur rapide.



Et pour mieux identifier les personnes à risque, un pictogramme en forme d'étoile est placé par le service de nutrition au bas de leur menu et un bracelet jaune leur est aussi proposé.

## Le processus de la déglutition



Schémas avec vue en coupe illustrant les phases de la déglutition.

**À gauche** : la langue propulse la bouchée d'aliments (aussi appelé bol alimentaire, en vert) à l'arrière de la bouche.

**À droite** : en se contractant, les muscles de la gorge repoussent la langue contre le palais et abaissent l'épiglotte par-dessus l'ouverture de la trachée. Le bol alimentaire ne peut donc pas pénétrer dans les voies aériennes. Il glisse sur l'épiglotte pour arriver dans l'œsophage où les contractions du muscle lisse (péristaltisme) le font descendre jusque dans l'estomac (non illustré).

### L'IUSMQ

Au cours des dernières années, des accidents graves et des décès ont été documentés. Ils ont eu lieu alors que la personne s'est étouffée en mangeant en raison d'une obstruction respiratoire causée par le syndrome du mangeur rapide. Ces accidents se produisent plus fréquemment pendant des activités spéciales telles que les collations thématiques, les barbecues ou les pique-niques. Devant ce constat, la conseillère à la qualité et à la gestion des risques de l'IUSMQ a mis sur pied un groupe de travail ayant pour mandat de mettre au point une approche interdisciplinaire concernant le syndrome du mangeur rapide afin de réduire les risques d'accidents graves et de décès chez la clientèle présentant ce comportement. En plus de cette conseillère, le groupe est composé de deux agentes de planification, programmation et recherche, d'une ergothérapeute, de deux diététistes, d'une conseillère clinicienne en soins infirmiers et d'un psychologue. Après avoir remarqué des similitudes avec les outils de dépistage et d'intervention de la dysphagie, le groupe s'est associé au Groupe de travail Dysphagie de l'Institut. Cette collaboration a permis de développer des outils communs à ces deux problèmes de santé qui augmentent le risque d'obstruction respiratoire pendant l'alimentation.

### Dépistage et intervention

Plusieurs outils ont été développés et mis en œuvre. Ainsi, le *Guide d'intervention relatif à la dysphagie* a été révisé de manière à inclure le syndrome du mangeur rapide. Cette nouvelle version intitulée *Guide d'intervention relatif au risque d'obstruction respiratoire* se trouve sur le site Intranet de l'établissement.

Un protocole interdisciplinaire, *Dépistage et intervention relatifs au risque d'obstruction respiratoire lors de l'alimentation*, a été créé à partir du protocole existant pour la dysphagie. Il a ensuite été entériné par les divers comités de l'établissement (CMDP, CII et CM). L'objectif de ce protocole est de structurer et de standardiser une offre de soins de qualité optimale pour les personnes à risque d'obstruction respiratoire lors de l'alimentation.

La grille de dépistage de la dysphagie a été adaptée à tout risque d'obstruction respiratoire survenant pendant l'alimentation, y compris le syndrome du mangeur rapide. Cette *Grille de dépistage d'une personne à risque d'obstruction respiratoire* est remplie à l'admission d'un client ou à l'occasion de son transfert et après tout signalement d'un risque potentiel d'obstruction respiratoire par un membre du personnel.

Si le dépistage du risque d'obstruction respiratoire est positif, la grille *Évaluation d'une personne à risque d'obstruction respiratoire – Soins infirmiers* est remplie par l'infirmière pour préciser la nature du problème.

## Caractéristiques

**Le syndrome du mangeur rapide est un problème de comportement alimentaire qui accroît le risque d'étouffement et qui se caractérise par :**

- l'ingestion rapide d'aliments solides et liquides ;
- la prise de grosses bouchées et de grandes gorgées ;
- et une mastication insuffisante ou absente.

Grille de dépistage des personnes à risque d'obstruction respiratoire

Cette grille sert à dépister deux problèmes de santé qui augmentent le risque d'obstruction respiratoire chez la clientèle de l'IUSMQ: la dysphagie et le syndrome du mangeur rapide.

Consignes pour l'intervenant:

- Observer la personne pendant ses repas et ses collations.
- Cocher la case de la colonne appropriée si la manifestation est observée.
- Apposer sa signature au bas du tableau.
- Si le dépistage est positif, faire parvenir une copie de la grille au Service de nutrition.
- Conserver l'original de la grille sous l'onglet « Gestion des risques » du dossier médical de la personne.
- Si le dépistage est positif pour l'un des deux problèmes de santé, procéder ensuite à l'évaluation de la personne et à la rédaction du plan thérapeutique infirmier, au besoin.

	Dysphagie (positif si l'un ou l'autre symptôme est coché ou les deux)		Syndrome du mangeur rapide (positif si au moins deux symptômes sont cochés)		
	Déglutition retardée ou ralentie	Toux pendant ou immédiatement après le repas, la collation ou le jus	Mange ou boit rapidement	Mastique très peu	Prend de grosses bouchées ou de grandes gorgées
Jus (lever)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Déjeuner	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Dîner	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Collation	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Souper	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Collation	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Aucune manifestation observée  Jour  Soir  Nuit

Autres observations: \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

Signature de l'intervenant:

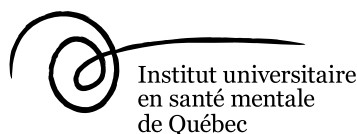
Jour: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_  
 Soir: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_  
 Nuit: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_

© IUSMQ, Groupe de travail Syndrome du mangeur rapide

Indicateurs

Afin d'évaluer l'efficacité des mesures mises en place, plusieurs indicateurs ont été ciblés par le groupe de travail pour évaluation au cours de la prochaine année. Par exemple, on déterminera le nombre d'intervenants ayant suivi la capsule d'autoformation, le nombre de grilles de dépistage qui se sont révélées positives, le pourcentage de grilles d'évaluations remplies par une infirmière après un dépistage positif, le nombre d'accidents graves survenus selon que le client portait ou non un bracelet jaune et finalement, le nombre d'accidents et d'incidents déclarés comparativement à l'année précédente.

Nul doute que cette initiative de l'IUSMQ permettra de mieux comprendre, dépister et prévenir les accidents causés par le syndrome du mangeur rapide. ■



\*Les auteurs

Cet article a été rédigé par le Groupe de travail sur le syndrome du mangeur rapide, Gestion des risques, de l'Institut universitaire en santé mentale de Québec. Font partie de ce groupe:

**Brigitte Lefebvre**, erg., conseillère à la qualité et à la gestion des risques, **Dominique Trépanier**, D.Ps., psychologue, **France Couture**, Dt.P., chef du service de nutrition, **Johanne Duguay**, M.Sc.inf (cand.), conseillère clinicienne en soins infirmiers, **Josée Pépin-Côté**, Dt.P., coordonnatrice professionnelle des diététistes, **Lise Kasprzak**, DESS, Sc.inf., conseillère clinicienne en soins infirmiers, **Mélissa Boily**, B.Sc. Orientation, et **Noémie Trottier**, M.A.Sc. Orientation, agentes de planification, programmation et recherche, **Normande Bouchard**, erg., et **Susan Sutton**, erg., coordonnatrice professionnelle des ergothérapeutes.

Bibliographie

Anderson, D.L. « Death from improper mastication ». *International Dental Journal*, vol. 27, n° 4, déc. 1977, p. 349-354.

Dolkas, L., C. Stanley, A.M. Smith et G.M. Vilke. « Deaths associated with choking in San Diego county ». *Journal of Forensic Sciences*, vol. 52, n° 1, janv. 2007, p. 176-179.

Fioritti, A., L. Giaccotto et V. Melega. « Choking incidents among psychiatric patients: retrospective analysis of thirty-one cases from the West Bologna psychiatric wards ». *Canadian Journal of Psychiatry*, vol. 42, n° 5, juin 1997, p. 515-520.

Kumar, M.V., V.T. Venkatesh et S.R. Jagannatha. « Fast eating syndrome: a case report ». *Medicine, Science and the Law*, vol. 48, n° 1, janv. 2008, p. 78-81.

Morad, M., I. Kandel et J. Merrick. « Residential care centers for persons with intellectual disability in Israel: trends in mortality from food choking during 1991-2004 ». *Medical Science Monitor*, vol. 15, n° 7, juil. 2009, p. PH75-77.

Shapiro, S.L. « On some hazards of the dinner table ». *Eye Ear Nose Throat Monthly*, vol. 51, n° 9, sept. 1972, p. 343-346.

Thacker, A., A. Abdelnoor, C. Anderson, S. White et S. Hollins. « Indicators of choking risk in adults with learning disabilities: a questionnaire survey and interview study ». *Disability and Rehabilitation*, vol. 30, n° 15, janv. 2008, p. 1131-1138.

Walker, S.E. « Death at dinner ». *Cardiovascular Research Center Bulletin*, vol. 6, n° 3, janv-mars 1968, p. 83-84.

Wendkos, M.H. « Aspiration of food by psychiatric patients ». *Journal of the American Medical Association*, vol. 248, n° 14, 8 oct. 1982, p. 1712.

Yim, P.H.W. et Y. Chong. « Choking in psychiatric patients: associations and outcomes ». *Hong Kong Journal of Psychiatry*, vol. 19, n° 4, déc. 2009, p. 145-149.