La personne âgée dysphagique en maison de retraite : orthophonie et information du personnel soignant

Hélène Meriau

▶ **To cite this version:**

Hélène Meriau. La personne âgée dysphagique en maison de retraite : orthophonie et information du personnel soignant. Sciences cognitives. 2013. dumas-00873936

HAL Id: dumas-00873936

https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-00873936

Submitted on 2 Nov 2015

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

ACADEMIE DE PARIS

UNIVERSITE PARIS VI PIERRE ET MARIE CURIE

MEMOIRE POUR LE CERTIFICAT DE CAPACITE D'ORTHOPHONISTE

LA PERSONNE AGEE DYSPHAGIQUE EN MAISON DE RETRAITE : ORTHOPHONIE ET INFORMATION DU PERSONNEL SOIGNANT

Directeur de mémoire : M. Christophe Tessier, orthophoniste

ANNEE UNIVERSITAIRE 2012/2013

MERIAU

Hélène

Née le 07/04/1991

La personne âgée dysphagique en maison de retraite : orthophonie et information du personnel soignant

Résumé : Dans la présente étude, nous nous sommes interrogés sur le rôle que l'orthophoniste peut jouer dans la formation et l'accompagnement du personnel soignant des maisons de retraite, dans le cadre de la prise en charge des résidents dysphagiques. Nous avons interrogé 108 professionnels : médecins coordonnateurs, orthophonistes, soignants. Les réponses aux questionnaires montrent que l'intervention de l'orthophoniste dans un tel contexte semble utile et bénéfique, même si son rôle dans ce domaine est encore méconnu des soignants.

Summary: The aim of this study was to investigate about the intervention of the speech therapist in the management of dysphagia in nursing homes, especially the role he can play in the formation and the accompaniment of caregivers. We questioned 108 professionals: medical coordinators, speech therapists, and caregivers. The answers to the questionnaires show that speech therapist's intervention seems to be useful in this kind of situation, even if caregivers don't seem to know well his role in the management of dysphagia.

Mots-clés : dysphagie, maison de retraite, personnel soignant, orthophonie, information

Key words: dysphagia, nursing home, caregivers, speech therapy, information

Nombre de pages: 133 dont 33 pages d'annexes

Nombre de références bibliographiques : 37

REMERCIEMENTS

Un grand merci tout d'abord à Christophe Tessier, mon maître de mémoire, pour tous ses conseils et encouragements tout au long de cette année.

Merci également à l'équipe du réseau ROLAND qui a pris le temps de répondre à mes questions, et m'a aimablement autorisée à utiliser certaines de ses diapositives pour mon support d'information.

Merci à tous les professionnels qui ont pris le temps de répondre à mes questionnaires.

Je tiens également à remercier :

Mes parents, en particulier mon père pour m'avoir transmis ses précieuses connaissances sur la prise en charge de la personne âgée ;

Tous mes frères et sœurs pour leurs encouragements et leur affection ;

Marie, Claire et François ;

Celui qui m'aime et que j'aime…

Engagement de non plagiat

Je soussignée Hélène MERIAU, déclare être pleinement consciente que le plagiat de documents ou d'une partie d'un document publiés sur toutes formes de support, y compris l'Internet, constitue une violation des droits d'auteur ainsi qu'une fraude caractérisée. En conséquence, je m'engage à citer toutes les sources que j'ai utilisées pour écrire ce mémoire.

TABLE DES MATIERES

INTRODUCTION..... 1

PARTIE THEORIQUE……...……..2

I. De la déglutition normale à la presbyphagie..... 3

1- Quelques rappels d'anatomie 3

A- Dynamique labiojugale……..3

B- Dynamique mandibulaire……...3

C- Dynamique linguale……...4

D- Dynamique vélaire……4

E- Dynamique laryngée……...5

F- Dynamique pharyngée……..……..5

G- Statique céphalique, posture et respiration……6

2- Quelques rappels sur la physiologie et le contrôle neurologique de la déglutition . 6

A- Phase préparatoire……..…7

B- Phase orale……...7

C- Phase pharyngée……7

D- Le contrôle neurologique de la déglutition……8

3- La dysphagie : Généralités..... 9

A- Définition……...9

B- Les différents types de fausses routes……..…….....9

a) Définition……9

b) Classification……...9

4- La dysphagie chez la personne âgée en institution et ses spécificités 11

A- Définitions et contexte……...……..……...11

B- Modifications de la déglutition chez la personne âgée en bonne santé……11

a) Le versant moteur……..……11

b) Le versant perceptif et sensitif…….……..12

c) Les atteintes stomatologiques communes aux âges avancés…..…...12

d) Les fonctions associées à la déglutition……....12

e) Les conséquences de ces modifications physiologiques……...13

f) Limites de ces descriptions……13

C- Prévalence de la dysphagie dans la population gériatrique……..14

D- Etiologies chez la personne âgée……..15

a) Pathologies neurologiques……15

b) Pathologies musculaires……16

c) Patologies de la sphère ORL……16

d) Pathologies iatrogènes……..16

e) Situations fréquemment associées à la présence d'une dysphagie…17

E- Symptômes……...18

a) Spécifiques…….……18

b) Non spécifiques……18

F- Conséquences et complications……18

a) Conséquences nutritionnelles……18

b) Conséquences respiratoires……...19

c) Conséquences sociales et émotionnelles……...19

II. La démarche thérapeutique en institution gériatrique .. Erreur ! Signet non défini.

1- Gériatrie et personnes âgées 20

2- Principes de la démarche thérapeutique : une démarche palliative et écologique . 21

A- Qu'est-ce qu'une démarche palliative ?.....21

B- Qu'est-ce qu'une démarche écologique ?.....22

C- Conclusion : les grands principes d'une démarche thérapeutique en gériatrie……..….22

3- L'institution gériatrique, une réponse possible au vieillissement 23

A- Qu'appelle-t-on "maison de retraite" ?.....23

B Les fonctions d'une maison de retraite de type EHPAD, en lien avec les différentes dimensions du repas en institution ……...23

a) Un lieu de vie : le repas rythmant la vie quotidienne……24

b) Un lieu de soins : le repas, élément clé de la santé et du bien-être...24

c) Un lieu d'accompagnement de la vie finissante : le repas, ultime acte de relation……..24

C- L'équipe pluridisciplinaire en EHPAD…….....25

a) Le personnel médical…….25

b) Le personnel soignant……....26

c) L'intervention de l'orthophoniste……...27

d) Les autres professionnels…….27

III. La prise en charge de la dysphagie en institution gériatrique..... 28

1- Objectifs 28

2- Dépistage..... 28

A- Importance en gériatrie……....29

B- Moyens…….29

3- Evaluation 30

A- Bilan orthophonique…….30

a) Interrogatoire…….30

b) Examen oro-facial…….31

c) Tests de déglutition et observation d'un repas……...31

B- Examens complémentaires……...33

a) Intérêts……...32

b) Les deux examens les plus courants……..32

c) Limites en gériatrie……33

4- Possibilités thérapeutiques 34

A- Les stratégies d'adaptation……34

a) Les mesures d'hygiène bucco-dentaire……..34

b) L'aménagement des temps de repas……..35

c) Les modifications qualitatives des aliments…….....35

d) La question de l'alimentation artificielle chez la personne âgée…...36

e) L'éducation de l'entourage…….36

B- Les techniques de compensation et de rééducation……..37

a) Les postures et manœuvres……37

b) La rééducation "classique"……37

C- Les traitements médicamenteux et chirurgicaux……..38

5- Place des différents intervenants au sein de cette prise en charge 38

A- Le médecin traitant……...38

B- Le personnel soignant……...38

C- L'orthophoniste……....39

D- Les autres professionnels……39

IV. Travail en équipe et formation du personnel soignant 40

1- Le travail en équipe : de la pluridisciplinarité à la transdisciplinarité 40

A- La pluridisciplinarité……41

B- L'interdisciplinarité……...41

C- La transdisciplinarité……41

2- Pourquoi se former sur la prise en charge de la dysphagie en gériatrie ?..... 42

A- La formation, moyen pour renforcer l'esprit d'équipe……..42

B- La dysphagie, problème fréquent et complexe en gériatrie……..42

C- La formation, pour une meilleure prise en charge……43

a) La place centrale des soignants dans le dépistage et la prise en charge de la dysphagie……..43

b) La dysphagie insuffisamment abordée dans la formation initiale des soignants……43

c) Les conséquences du manque de formation des soignants……44

3- Quels moyens existent pour se former ? ..... **Erreur ! Signet non défini.**

A- Le médecin coordonnateur et son rôle dans la formation des soignants…..44

B- Les CLAN……45

C- Une nouvelle structure : le réseau ROLAND dans la région rennaise…….45

D- L'intervention de l'orthophoniste auprès des soignants……46

PARTIE PRATIQUE……...47

I. Problématique et objectifs de l'étude..... 48

1- Problématique 48

2- Objectifs de l'étude 48

II. Hypothèses 49

1- Hypothèses générales 49

2- Hypothèses portant sur le dépistage et prise en charge de la dysphagie en maison de retraite 49

3- Hypothèses portant sur la formation du personnel soignant sur la dysphagie 49

4- Hypothèses portant sur l'intervention de l'orthophoniste auprès du résident dysphagique en maison de retraite 50

III. Méthodologie 50

1- Population de l'étude 50

A- Les médecins coordonnateurs……..50

B- Les orthophonistes……51

C- Le personnel "soignant"……51

2- Protocole : contenu et objectifs des questionnaires 52

A- Questionnaire destiné aux médecins coordonnateurs……...52

B- Questionnaire destiné aux orthophonistes……53

C- Questionnaire destiné au personnel soignant……...55

D- Le choix des types de questions……...56

3- Procédure 57

A- Distribution des questionnaires……57

B- Recueil des questionnaires……...58

C- Durée de l'étude……58

D- Traitement des données……58

IV. Analyse des résultats 59

1- Taux de retour 59

2- Caractéristiques des professionnels ayant répondu aux questionnaires (et de leurs établissements) 60

A- Médecins coordonnateurs en EHPAD……..60

a) Département d'exercice……60

b) Nombre d'années d'exercice en gériatrie……...60

c) Nombre de résidents dans la (ou les) maison(s) de retraite où le médecin exerce……61

B- Orthophonistes……..61

a) Département d'exercice et lieu de formation……61

b) Année du diplôme……62

c) Division de l'échantillon en sous-groupes……62

C- Soignants……..63

a) Département d'exercice……63

b) Profession……..63

c) Expérience en gériatrie……...……...64

3- Réponses aux questionnaires 65

A- Médecins coordonnateurs……65

a) Données épidémiologiques……65

b) Données sur la prise en charge de la dysphagie……66

B- Orthophonistes……..68

a) Groupe 1 : Orthophonistes prenant en charge des patients dysphagiques en MR……68

b) Groupes 2 et 3 : orthophonistes ne prenant pas en charge de patients dysphagiques en MR……70

c) Place de la dysphagie dans la formation des orthophonistes ayant répondu au questionnaire……...72

C- Soignants en maison de retraite……74

a) Connaissances sur la dysphagie des soignants ayant répondu, et attitudes au quotidien……74

b) Vécu des soignants ayant répondu au questionnaire face à la prise en charge de la dysphagie……...79

D- Analyses comparées……82

a) La connaissance du rôle de l'orthophoniste par les médecins coordonnateurs et les soignants……82

b) L'intervention de l'orthophoniste vue par les différents professionnels concernés……...83

c) La formation du personnel soignant dans le domaine de la dysphagie……...87

d) La nécessité d'un outil d'information destiné au personnel soignant, et les points à y aborder……88

4- Conclusion des analyses et confrontation avec les hypothèses 91

A- Dépistage et prise en charge de la dysphagie en maison de retraite……91

B- Formation du personnel soignant dans le domaine de la dysphagie……92

C- Intervention de l'orthophoniste auprès du résident dysphagique en maison de retraite…….93

D- Confrontation des résultats avec les hypothèses principales…….94

V. Elaboration du support d'information……..……95

VI. Discussion 96

CONCLUSION..... 100

BIBLIOGRAPHIE

ANNEXES

Annexe 1 : Lettre accompagnant le questionnaire destiné aux médecins coordonnateurs

Annexe 2 : Questionnaire à l'attention des médecins coordonnateurs en maison de retraite (questionnaire vierge)

Annexe 3 : Lettre accompagnant le questionnaire destiné aux orthophonistes

Annexe 4 : Questionnaire à l'attention des orthophonistes intervenant en maison de retraite et/ou prenant en charge des patients dysphagiques en libéral (questionnaire vierge)

Annexe 5 : Lettre accompagnant le questionnaire destiné aux soignants

Annexe 6 : Questionnaire à l'attention des professionnels accompagnant le résident au cours de ses repas (infirmier, aide-soignant, agent de service, personnel de cuisine) (exemple d'un questionnaire rempli)

Annexe 7 : Analyse des réponses aux questions ouvertes (questionnaire destiné aux soignants)

Annexe 8 : Situation géographique des différentes régions où exercent les professionnels ayant participé à l'étude

Annexe 9 : « La dysphagie de la personne âgée, mieux comprendre pour mieux prendre en charge – Support destiné au personnel soignant des maisons de retraite » (cf. fichier joint)

Liste des abréviations

AMP : Aide Médico-Psychologique

AS : Aide-Soignant(e)

ASHQ : Agent des Services Hospitaliers Qualifié

Chgt : changement

Cpt : comportement

Dde : demande

Ens : ensemble

F. : formation

FR : fausse route

IDE : Infirmier(e) diplômé(e) d'Etat

Insuff. : insuffisant(e)

Mq : manque

MR : maison de retraite

Mvs : mauvais(e)

NR : non-réponse

Nutr. : nutritionnel

Ortho. : orthophoniste

Pulm. : pulmonaire

Q° : question

Tb : trouble

Tps : temps

INTRODUCTION

Aujourd'hui, en France, le vieillissement de la population fait de l'accompagnement des personnes âgées un enjeu majeur de santé publique. Ce phénomène donne également lieu à de multiples questionnements quant à la démarche de soins la plus appropriée aux besoins des personnes vieillissantes. L'orthophonie n'échappe pas à ces questionnements, et les orthophonistes n'ont cessé, ces dernières années, d'approfondir leurs compétences dans le domaine de la gériatrie. Ces compétences concernent non seulement les troubles du langage et de la communication, mais aussi les troubles de la déglutition.

Suite à des discussions avec différents professionnels de santé exerçant en maison de retraite, nous avons pu mesurer combien la dysphagie de la personne âgée était, en même temps qu'une réalité quotidienne, un objet de préoccupations voire d'inquiétude de la part du personnel soignant, ainsi qu'un domaine dans lequel les soignants semblaient largement manquer d'informations et de soutien. Face à une telle situation, il nous a semblé qu'une intervention de l'orthophoniste en maison de retraite pouvait être utile, mais nous constations que, jusqu'ici, peu de mémoires d'orthophonie s'étaient intéressés à cette question.

Nous avons donc décidé de nous interroger sur le rôle de l'orthophoniste auprès des soignants, en maison de retraite, dans le cadre de la prise en charge de la dysphagie. Actuellement, des orthophonistes intervenaient-ils en maison de retraite pour prendre en charge la dysphagie ? Pourquoi une intervention auprès des soignants (et non seulement auprès du patient) était-elle particulièrement importante en gériatrie ? Quel était le niveau de connaissances des soignants dans le domaine de la dysphagie, quel était leur vécu, quels étaient leurs besoins pour une meilleure prise en charge ?

Dans un premier temps, après avoir procédé à des rappels concernant l'anatomie et la physiologie de la déglutition, nous décrirons comment celle-ci peut être atteinte chez la personne âgée. Nous décrirons la prise en charge de la dysphagie, et nous nous attarderons également sur les questions concernant la démarche de soins en gériatrie, ainsi que la pluridisciplinarité et la formation du personnel soignant.

Après cette partie théorique, nous présenterons l'étude que nous avons réalisée auprès de 108 professionnels, au moyen de différents questionnaires. Enfin, l'analyse et la confrontation des différentes réponses nous permettront de tirer des conclusions sur l'intervention de l'orthophoniste auprès du personnel soignant des maisons de retraite.

PARTIE THEORIQUE

I. De la déglutition normale à la presbyphagie

1- Quelques rappels d'anatomie [21] [23] [37]

Pour effectuer ces rappels d'anatomie qui se veulent synthétiques, nous avons choisi de nous appuyer sur la description de V. Woisard en termes de dynamiques (Woisard-Bassols & Puech, 2011 [37]).

A- Dynamique labiojugale

La sangle labiojugale a pour fonction d'opposer une tension musculaire à la pression intraorale développée lors de la déglutition. Elle se compose principalement des muscles **orbiculaires** des lèvres et **buccinateurs**. Ce sont des muscles qui n'ont pas d'insertion osseuse mais se trouvent « intriqués » avec les autres muscles de la face.

- L'**orbiculaire** est composé de fibres qui encerclent la bouche. Il permet la fermeture des lèvres.
- Le **buccinateur**, quant à lui, est situé dans la partie profonde de la joue. Il joue un rôle dans la mastication.

Ces deux muscles sont innervés par le **nerf facial** (VII^{e} paire crânienne).

B- Dynamique mandibulaire

Son rôle fondamental réside dans l'ouverture et la fermeture de la bouche. Elle se compose de plusieurs muscles que l'on peut séparer en deux groupes :

- Les **muscles élévateurs de la mandibule** permettent la fermeture de la bouche. Ils sont innervés par la **3^{e} branche du nerf trijumeau** (V3).
- Les **muscles abaisseurs de la mandibule** permettent l'ouverture de la bouche. Ils ont tous une insertion sur l'os hyoïde, et sont innervés par la **3^{e} branche du nerf trijumeau** (V3), par une branche du **nerf facial** (VII), ainsi que par une branche du **nerf hypoglosse** (XII).

Certains de ces muscles permettent également les mouvements de propulsion/rétropulsion (antéropostérieurs) ainsi que les mouvements de diduction (translation latérale) de la mandibule, qui sont également utiles à la mastication.

C- Dynamique linguale

La langue est composée de 17 muscles, parmi lesquels on distingue les muscles intrinsèques et les muscles extrinsèques. Ces muscles sont tous innervés par le **nerf hypoglosse** (XII^{e} paire crânienne). Sur le plan sensitif, la langue est innervée par la **3^{e} branche du nerf trijumeau** (V3) et par le **nerf glossopharyngien** (IX). Sur le plan sensoriel (goût), elle est innervée par une branche du **nerf facial** (VII) ainsi que par le **nerf glossopharyngien** (IX).

Sur le plan fonctionnel, on peut diviser la langue en trois parties en fonction du rôle qu'elles jouent au moment de la déglutition :

- **la partie antérieure**, qui s'appuie d'avant en arrière contre le palais afin de propulser le bolus alimentaire
- **la partie moyenne**, qui est d'abord au contact du palais mou puis se déforme pour laisser passer le bolus dans le pharynx
- **la partie postéro-inférieure** (qui correspond à la base de langue), qui effectue un mouvement de recul quand les aliments passent dans le pharynx, agissant en synergie avec les muscles du pharynx.

D- Dynamique vélaire

Le voile du palais est constitué de 5 paires de muscles ayant tous une insertion sur l'aponévrose palatine. Ils sont innervés par les nerfs **trijumeau** (V3), **glossopharyngien** (IX) et **hypoglosse** (XII).

La dynamique vélaire permet deux types d'occlusion :

- **L'occlusion vélo-linguale** intervient au début du processus de déglutition, pendant la mastication et la première partie du temps oral. Par l'action du muscle palatoglosse, le

voile du palais se plaque contre la base de langue et empêche ainsi la fuite prématurée d'aliments dans le pharynx.

- **L'occlusion vélo-pharyngée** intervient ensuite, c'est-à-dire pendant la fin du temps oral et la totalité du temps pharyngé. Elle est réalisée grâce à l'action du muscle palatopharyngien et des muscles tenseurs du voile, qui plaquent le voile du palais contre la paroi pharyngée postérieure, empêchant ainsi tout passage des aliments vers le nez.

E- Dynamique laryngée

Le larynx est composé de très nombreux muscles que l'on peut diviser en muscles intrinsèques et muscles extrinsèques. Au niveau morphologique, il comprend deux étages séparés par le plan glottique (qui comprend essentiellement les cordes vocales) : la sus-glotte et la sous-glotte.

Les **muscles intrinsèques** du larynx sont innervés par une branche du **nerf pneumogastrique X** (nerf laryngé inférieur ou récurrent). Ils ont presque tous une action d'adduction c'est-à-dire de fermeture du larynx. On observe différents niveaux de fermeture selon la fonction mise en œuvre, allant d'une simple adduction des cordes vocales en phonation, à une fermeture complète au moment de la déglutition (cf. ci-après, les mécanismes de protection des voies aériennes). Cette occlusion du larynx s'effectue toujours de bas en haut.

Les **muscles extrinsèques** du larynx permettent le mouvement vers le haut et vers l'avant de ce dernier au moment de la déglutition. Ce mouvement permet une meilleure protection des voies aériennes, et il favorise l'ouverture du sphincter supérieur de l'œsophage (SSO). Par leurs insertions, les muscles extrinsèques amarrent le larynx, par le biais de l'os hyoïde :

- en haut, à la base du crâne et à la mandibule (muscles sus-hyoïdiens)
- en bas, au sternum et à l'omoplate (muscles sous-hyoïdiens)

Ils sont innervés par plusieurs nerfs crâniens : **trijumeau** (V3), **facial** (VII), **hypoglosse** (XII), et également par des **nerfs spinaux cervicaux** (C1 et C3).

F- Dynamique pharyngée

Le pharynx est le carrefour commun aux voies aériennes et digestives supérieures. Il est divisé en trois parties :

- Le **rhinopharynx** est situé en arrière des fosses nasales et n'intervient pas dans la déglutition normale car il est fermé par le voile du palais relevé.
- L'**oropharynx** est délimité en avant par l'isthme du gosier (en arrière de la cavité buccale), en haut par la projection du voile du palais relevé sur la paroi pharyngée, et en bas par l'épiglotte et sa projection sur la paroi pharyngée.
- L'**hypopharynx** forme un entonnoir encerclant latéralement et en arrière le larynx. Il comprend notamment les sinus piriformes, et est en continuité, dans sa partie inférieure, avec l'œsophage.

Le pharynx comprend trois muscles constricteurs : les **constricteurs supérieur**, **moyen** et **inférieur**. Ces muscles agissent en synergie pour provoquer une contraction progressive de haut en bas au moment de la déglutition, que l'on appelle péristaltisme pharyngé. Cette contraction, en diminuant le calibre du pharynx, permet de chasser le bolus alimentaire vers l'œsophage. Les muscles du pharynx sont innervés par le plexus pharyngien comprenant des branches des nerf **glossopharyngien** (IX) et **pneumogastrique** (X).

G- Statique céphalique, posture et respiration

Enfin, il est important de mentionner que ces dynamiques entretiennent un lien étroit avec la posture de la tête et de la colonne cervicale, ainsi qu'avec la respiration. Cette intrication se vérifie dans la pathologie de la déglutition et dans sa prise en charge, comme on le verra par la suite.

2- Quelques rappels sur la physiologie et le contrôle neurologique de la déglutition [37]

Ayant décrit les différentes unités fonctionnelles mises en jeu au cours du processus de déglutition, nous allons maintenant décrire ce processus dans sa totalité et dans l'ordre chronologique. Nous ne décrirons pas la phase œsophagienne, car ses troubles sont distincts de la dysphagie oropharyngée qui est l'objet de notre étude.

A- Phase préparatoire

Ce temps a pour but de donner aux aliments des propriétés physico-chimiques adaptées à une bonne déglutition. C'est une succession d'actes volontaires :

- L'introduction des aliments dans la cavité buccale nécessite des capacités motrices et praxiques orales suffisantes, notamment au niveau labial et lingual.
- La mastication et l'insalivation sollicitent la dynamique mandibulaire, mais aussi un bon état des dents et des glandes salivaires.
- La contention des aliments dans la cavité buccale fait appel à deux dynamiques : en avant, la dynamique labiojugale ; et en arrière, la dynamique vélaire avec l'occlusion vélolinguale dont nous avons déjà parlé plus haut.

La durée de cette première étape est très variable en fonction de la nature du bolus (solide ou liquide), et elle peut être allongée ou abrégée pour des motifs tels que le plaisir gustatif ou le temps plus ou moins long dont on dispose pour manger.

B- Phase orale

Tout d'abord, la bouche doit être fermée et la mandibule fixée. La pointe de langue s'applique alors contre le palais, derrière les incisives supérieures. Le bolus se rassemble sur la face dorsale de la langue qui forme une dépression « en cuillère », et la langue, en s'appliquant sur le palais d'avant en arrière, déclenche ce que l'on appelle le « coup de piston lingual ». Le bolus est ainsi propulsé vers le pharynx, et vient au contact des zones réflexogènes que sont les piliers du voile, la paroi oropharyngée, la base de langue et la margelle laryngée. Ce contact déclenche le réflexe de déglutition et donc le temps pharyngé.

C- Phase pharyngée

Comme on vient de le mentionner, c'est une phase réflexe, qui a pour but de transporter le bolus à travers le pharynx jusqu'à l'œsophage, tout en protégeant les voies aériennes. Cette étape est donc celle qui met directement en jeu le pronostic vital. On peut la décrire en y distinguant deux types de mécanismes.

Les mécanismes de **transport du bolus** sont :

- la contraction progressive, de haut en bas, des muscles constricteurs du pharynx, que l'on appelle **péristaltisme pharyngé** (cf. p.5),
- le **recul de la base de langue**, qui chasse le bolus vers le bas,
- l'ouverture du sphincter supérieur de l'œsophage (SSO).

Les mécanismes de **protection des voies aériennes** sont :

- la **fermeture vélopharyngée**, déjà citée plus haut (cf. p.4), qui empêche l'entrée d'aliments dans les fosses nasales.
- **l'apnée de déglutition** : pendant la phase pharyngée, le cycle respiratoire s'interrompt et reprend, une fois cette phase terminée, par une expiration.
- la **fermeture laryngée**, séquentielle de bas en haut, déjà expliquée plus haut (cf. p.5), ainsi que **l'ascension du larynx**.
- en cas de pénétration accidentelle d'aliments dans le larynx, le **réflexe de toux** constitue une protection supplémentaire.

D- Le contrôle neurologique de la déglutition

La fonction de déglutition est soumise à un contrôle neurologique particulièrement complexe, ce qui explique qu'elle soit fréquemment altérée au décours de nombreuses affections neurologiques, en particulier chez la personne âgée. Ce contrôle comprend une synchronisation entre efférences motrices et afférences sensitives, et de plus il comporte des aspects volontaires et des aspects réflexes. Pour ce faire, différentes structures neurologiques interviennent.

Les **nerfs crâniens** V (trijumeau), VII (facial), IX (glossopharyngien), (pneumogastrique), XI (spinal), et XII (hypoglosse) innervent la plupart des muscles impliqués dans la mastication et la déglutition. Leurs noyaux sont situés au niveau du tronc cérébral. Certains de ces nerfs ont également une fonction sensitive : le nerf trijumeau (mandibule, dents et muqueuse buccale), le nerf glossopharyngien (paroi pharyngée), et le nerf pneumogastrique (pharynx et larynx).

Deux **centres bulbaires** ont un rôle capital dans le contrôle de la déglutition : le **noyau du tractus solitaire**, et le **noyau ambigu**. Ils reçoivent à la fois des projections motrices et sensitives provenant des nerfs crâniens, et des projections en provenance du cortex cérébral. Ils ont donc un rôle fondamental de relais entre les informations centrales et périphériques. En

outre, ils sont en lien avec les centres bulbaires de la mastication et de la ventilation, permettant ainsi une coordination.

Les **structures corticales**, quant à elles, interviennent dans le contrôle volontaire du processus de déglutition, principalement au cours des phases préparatoire et orale. Elles permettent aussi au sujet de déclencher ou d'inhiber volontairement une déglutition. Sont particulièrement impliqués : le cortex préfrontal et frontal.

3- La dysphagie : Généralités

A- Définition [10] [37]

La dysphagie se définit comme une difficulté à faire passer les aliments de la bouche jusqu'à l'estomac et/ou à assurer une protection efficace des voies aériennes pendant ce temps. Etant donné la complexité de l'anatomie et de la physiologie de la déglutition, la dysphagie peut prendre des formes très diverses, que ce soit au niveau de son étiologie, de sa sémiologie, de la gravité des symptômes et de l'importance de leurs retentissements.

Nous présenterons ici les aspects les plus généraux de la dysphagie, avant de développer les particularités de la dysphagie chez la personne âgée institutionnalisée.

B- Les différents types de fausses routes

a) Définition

La fausse route peut être définie comme un « phénomène de déglutition anormale durant lequel le bol alimentaire est conduit en partie ou non vers les voies aériennes supérieures au lieu de poursuivre sa course vers l'œsophage » (Brin, 2004[10]). Elle est donc la principale manifestation d'un trouble de la déglutition, et la plus préoccupante car elle peut directement compromettre le pronostic vital, soit à court terme par obstruction des voies aériennes et asphyxie, soit à moyen terme par la survenue de pneumopathies d'inhalation.

b) Classification [12] [23] [37]

Il existe plusieurs classifications des fausses routes : la plus fréquemment rencontrée est la classification selon le moment de survenue des fausses routes au cours de la déglutition.

La fausse route sans déglutition ou avant la déglutition[1] : Le temps pharyngé (réflexe de déglutition) mettant trop de temps à se déclencher (ou ne se déclenchant pas du tout), les mécanismes de protection des voies aériennes n'ont pas eu le temps de se mettre en place avant l'arrivée du bolus dans le pharynx. Le bolus pénètre donc dans les voies aériennes encore ouvertes.

L'apparition de ce type de fausse route dépend des caractéristiques du bolus (elle est plus fréquente avec les liquides qui descendent plus rapidement dans le pharynx) et de la qualité du contrôle oral du bolus par le sujet.

Si le réflexe est seulement retardé, il est possible de pallier ces difficultés en épaississant les liquides afin de ralentir leur progression, ainsi qu'en préférant des bolus aux propriétés stimulantes (température chaude ou glacée, saveurs prononcées). En revanche, une aréflexie n'est pas accessible à ces compensations.

La fausse route pendant la déglutition : Un ou plusieurs mécanismes de protection des voies aériennes, en particulier la fermeture laryngée (cf. p.7) sont déficients et le bolus pénètre dans le larynx. De plus, si les mécanismes d'expulsion (toux) s'avèrent inefficaces, le bolus peut atteindre les voies aériennes inférieures.

Ce type de fausse route peut être pallié par des postures de sécurité (flexion antérieure de la tête, rotation du côté paralysé en cas d'hémiplégie), ou par des manœuvres de déglutition (déglutition supraglottique par exemple) (cf. p.37).

La fausse route après la déglutition : Elle est due au débordement d'une stase[2] pharyngée dans les voies aériennes. Elle peut se produire immédiatement après la déglutition, à la reprise respiratoire, ou bien à distance, par accumulation et débordement des stases consécutives à des déglutitions successives. Elle est causée par un défaut de propulsion du bolus et/ou par un défaut d'ouverture du SSO.

Pour prévenir les fausses routes après déglutition, on pourra préconiser des manœuvres telles que la déglutition multiple (cf. p.37), ainsi que le maintien de la position assise pendant 15 à 20 minutes après le repas.

Les fausses routes silencieuses : Elles ne font pas partie à proprement parler de la classification exposée précédemment, cependant il nous a paru intéressant de les mentionner étant donné leur fréquence (Capet & Delaunay, 2007[12] ; Finiels et al., 1999[14]) et leur

[1] NB : le mot « déglutition » est ici à comprendre comme « déclenchement du temps pharyngé »
[2] Stase = résidus

méconnaissance par le personnel soignant. On parle de fausse route « silencieuse » quand la pénétration de matériel alimentaire dans les voies aériennes n'est pas accompagnée de toux car ce mécanisme d'expulsion est déficient (réflexe tussigène très altéré ou aboli). Dès lors, la détection clinique des fausses routes devient très difficile, d'autant plus que la toux reste le critère le plus communément admis pour ce faire. Il faudra donc être attentif à d'autres signes cliniques, souvent moins spécifiques, que nous détaillerons plus loin (cf. p.18).

4- La dysphagie chez la personne âgée en institution et ses spécificités

A- Définitions et contexte

La presbyphagie est décrite par Logemann comme *«l'ensemble des effets du processus de vieillissement sur le mécanisme de la déglutition »* (Woisard & Puech, 2008[36]). On parle de presbyphagie primaire en présence de troubles de la déglutition imputables au vieillissement normal. Ces modifications sont à replacer dans le contexte global du vieillissement de l'individu.

Par ailleurs, chez la personne âgée on note une prévalence plus importante de bon nombre de pathologies pouvant altérer la déglutition (pathologies neurologiques, stomatologiques, iatrogènes…). Ces affections ont d'autant plus de répercussions qu'elles touchent une déglutition déjà fragilisée par le vieillissement physiologique mentionné plus haut.

B- Modifications de la déglutition chez la personne âgée en bonne santé

a) Le versant moteur [14] [15] [25] [37]

La baisse de la force musculaire et de l'habileté motrice, observées au cours du vieillissement, concernent aussi les organes de la déglutition. Ainsi, la mastication a tendance à être plus longue, moins efficiente. On note également une incontinence labiale relativement fréquente, ainsi qu'une faiblesse de la fermeture vélo-linguale entraînant un risque de fausses routes avant déglutition. Quand la propulsion linguale est moins efficiente, on note un risque de stases buccales. Enfin, on constate un retard de déclenchement de la phase pharyngée, ainsi qu'un défaut d'ouverture du SSO.

b) Le versant perceptif et sensitif

Chez la personne âgée, on constate un trouble de l'identification des saveurs avec une augmentation des seuils perceptifs, qui touche, dans l'ordre : le salé, le sucré, et l'acide, l'amertume étant la saveur qui reste la mieux préservée. Cette altération est associée à une dégradation de l'odorat. Ceci peut expliquer en partie un certain désintérêt pour l'alimentation.

Quant à la sensibilité pharyngée et des aires supra-glottiques, elle est décrite comme diminuant avec l'âge, ce qui peut être à l'origine d'un retard de déclenchement du réflexe de déglutition.

c) Les atteintes stomatologiques communes aux âges avancés

Les deux *« déficiences orales »* (Finiels, Strubel & al., 2001[15]) les plus couramment retrouvées chez la personne âgée sont :

- La diminution des sécrétions salivaires, qui occasionne un risque de sécheresse buccale pouvant aller jusqu'à la xérostomie.
- L'altération des dents qui peut conduire à l'édentation et au port de prothèses dentaires, lesquelles ne peuvent complètement remplacer de vraies dents. (Capet & Delaunay, 2007[12]).

Ces « déficiences orales » s'ajoutent chez la personne âgée à une fragilisation globale de la cavité buccale concernant la muqueuse buccale et gingivale, mais aussi l'os de la mandibule et l'articulation temporo-mandibulaire.

d) Les fonctions associées à la déglutition

Elles sont nombreuses et nécessitent une attention toute particulière chez la personne âgée, au vu des retentissements qu'elles peuvent avoir sur la fonction de déglutition proprement dite. L'atteinte de certaines fonctions associées peut également constituer une entrave à la rééducation.

On peut citer tout d'abord tous les **troubles moteurs et praxiques perturbant le geste alimentaire**, prérequis indispensable à une bonne déglutition. En augmentant la fatigabilité et

en occasionnant une perte d'autonomie, ces troubles peuvent engendrer désintérêt pour l'alimentation, perte du plaisir de manger, humiliation et retrait social. Notons également l'augmentation non négligeable du risque d'infection respiratoire et de dénutrition en cas d'alimentation assurée par un tiers. (Jacquot, Pouderoux & al., 2001[18] ; Capet & Delaunay, 2007[12])

Chez la personne âgée, l'efficience de la **respiration** est souvent diminuée, et la toux serait moins efficace à expulser les corps étrangers présents dans les voies aériennes. Toutefois cette notion d'altération du réflexe de toux est discutée (PneumoGériatrie, 2009[25]).

Enfin, le **ralentissement cognitif** observé chez les personnes âgées peut avoir des incidences sur le déroulement des repas, notamment à cause d'une distractibilité importante. Par ailleurs, les troubles de la mémorisation, la réduction des capacités d'apprentissage peuvent limiter les possibilités rééducatives en cas de dysphagie.

e) <u>Conséquences de ces modifications physiologiques</u>

Il semblerait que ces modifications n'aient que peu de conséquences chez le sujet en bonne santé. La plupart des études sur le sujet montrent que le risque de fausse route ne connaît pas une augmentation significative avec l'âge chez la personne bien portante, mais on note seulement un *« ralentissement global du processus »* de déglutition (PneumoGériatrie, 2009[25]).

En revanche, ces modifications sont susceptibles d'altérer le *« potentiel de réserve »* de la personne et d'augmenter sa vulnérabilité en cas de pathologie ayant des répercussions sur la déglutition, d'autant plus qu'un certain nombre de ces pathologies ont une prévalence qui augmente avec l'âge. Ainsi, une personne souffrant de sécheresse buccale et d'une altération du goût ne fera pas nécessairement des fausses routes, mais elle en fera probablement rapidement si une maladie de Parkinson se déclare.

f) <u>Limites de ces descriptions [15]</u>

Cependant, la description des modifications de la déglutition liées à l'âge se heurte à différentes limites. Tout d'abord, il convient de mentionner que les changements mentionnés

plus haut sont souvent discrets et ne sont pas tous confirmés par un grand nombre d'études. De plus, la variabilité interindividuelle est considérable. Par ailleurs, les études réalisées sur cette question se heurtent à des problèmes méthodologiques liés à la population gériatrique : peu de prise en compte de la fatigabilité, possibilité d'existence d'une pathologie non diagnostiquée chez un sujet dit « sain »… Quoiqu'il en soit, il semble que *« la définition de la « normalité » en matière de la déglutition de la personne âgée reste sujet à caution »* (Finiels, Strubel & al., 2001[15]).

C- Prévalence de la dysphagie dans la population gériatrique

De façon générale, on peut dire que la prévalence de la dysphagie chez la personne âgée n'est pas précisément connue. Les études sur le sujet ont des résultats très divers selon l'âge des sujets, les paramètres pris en compte (plainte subjective du patient, examen clinique, examens complémentaires spécifiques), et surtout le lieu de vie des personnes qui est généralement corrélé à leur état de santé.

Chez les personnes vivant en institution gériatrique, les chiffres rapportés vont de **31 à 68%** selon les études (PneumoGériatrie, 2009 [25]). Ils sont donc nettement plus importants que les chiffres rapportés chez les personnes âgées vivant à domicile (10 à 30%) (Capet & Delaunay, 2007[12] ; Finiels, Strubel, & al. 2001[15] ; Bloem, Lagaay, & al., 1990[7]), ou chez les personnes âgées hospitalisées (10% selon une étude nord-américaine) (PneumoGériatrie, 2009[25]). Une étude canadienne (Steele, Greenwood, & al., 1997[33]) réalisée auprès de 349 résidents de maisons de retraite médicalisées d'âge moyen 87 ans, a montré que :

- 50% des résidents présentaient un bavage,
- 43% avaient des résidus alimentaires en bouche,
- 28% présentaient une toux ou des signes d'étouffement pendant les repas,
- 24% recrachaient des aliments,
- 11% avaient une déglutition très ralentie voire absente.

De plus, cette même étude rapporte que 87% des résidents, au total, avaient des difficultés alimentaires d'ordres divers : 68% présentaient une dysphagie, 46% avaient une prise alimentaire réduite au niveau quantitatif, et 35% éprouvaient des difficultés à se maintenir en position assise à table.

Ainsi, à côté des troubles affectant spécifiquement la déglutition, on trouve des difficultés touchant l'alimentation de façon plus générale, et pouvant interférer avec la dysphagie, la provoquant ou l'aggravant. On entrevoit ici toute la complexité du dépistage, de l'évaluation et de la prise en charge de la dysphagie chez la personne âgée : plus que chez tout autre patient, elle se situe au sein d'un ensemble de troubles, ce qui impose de considérer le patient dans sa globalité. On note par ailleurs la variabilité très importante retrouvée dans les études sur la prévalence de la dysphagie : cela montre toute la difficulté de son dépistage, et en particulier la difficulté d'établir un consensus sur les signes cliniques évocateurs.

D- Etiologies chez la personne âgée [12] [15]

Du fait de la complexité du processus de déglutition, la dysphagie peut avoir des étiologies multiples. Nous ne détaillerons ici que celles qui sont les plus fréquentes dans la population gériatrique.

a) Pathologies neurologiques

- **Affections neuro-vasculaires**

La dysphagie est fréquente au décours d'un accident vasculaire cérébral (AVC) ; or celui-ci est particulièrement fréquent chez les personnes de plus de 65 ans. Les troubles de la déglutition sont particulièrement présents en cas de lésions du tronc cérébral et d'AVC bilatéral. Leurs complications seraient plus importantes chez les patients âgés (plus de 65 ans) que chez les patients jeunes.

- **Affections neuro-dégénératives**
  - *Syndromes parkinsoniens* : La dysphagie est signalée par 20 à 50% des patients atteints de la maladie de Parkinson. Ils sont encore plus fréquents dans les Atrophies Multi-Systématisées (AMS) et dans les Paralysies Supranucléaires Progressives (PSP). Les difficultés alimentaires plus générales (liées aux troubles moteurs et aux éventuels troubles cognitifs) sont également à prendre en compte.
  - *Sclérose Latérale Amyotrophique* : La dysphagie est liée à l'atteinte bulbaire, qui est parfois inaugurale, et de toute façon systématique au cours de l'évolution. La réduction de la capacité vitale respiratoire est un symptôme associé à prendre en compte dans la prise en charge.

- *Maladie d'Alzheimer* : Au stade avancé de la maladie, les troubles de la déglutition sont importants : mauvais contrôle lingual, « oubli » de mastiquer ou de déglutir… Ils sont intriqués avec les troubles du comportement alimentaire et les conséquences de l'assistance par un tiers pour s'alimenter.

Dans le cadre des démences, les troubles de la déglutition sont le plus souvent associés à des troubles du comportement alimentaire, mais aussi à des difficultés praxiques et motrices pour s'alimenter.

b) Pathologies musculaires

Les affections telles que myopathies et polymyosites peuvent engendrer une dysphagie. Certaines formes de ces pathologies ont un début tardif (après 50 ans).

c) Pathologies de la sphère ORL

Parmi ces affections, on note en particulier les tumeurs des voies aérodigestives supérieures, avec les conséquences de leur traitement, qu'il soit chirurgical et/ou radiothérapique. Le diverticule de Zenker est lui aussi particulièrement fréquent dans la population âgée.

d) Pathologies iatrogènes

La présence d'une canule de trachéotomie entrave la mobilité du larynx et donc les mécanismes de protection des voies aériennes. La présence d'une sonde naso-gastrique favorise le reflux et l'inhalation de contenu gastrique car elle entraîne une incompétence du SSO. De plus, la présence de ces deux types de matériels dans les voies aérodigestives supérieures réduit la sensibilité de ces régions et peut donc altérer le déclenchement du réflexe de déglutition. (Finiels, Strubel, & al., 2001 [15])

Par ailleurs, les effets indésirables de certains médicaments ne sont pas à négliger, d'autant plus que bon nombre d'entre eux sont fréquemment prescrits aux personnes âgées. Ils peuvent favoriser l'apparition d'une dysphagie par divers mécanismes (PneumoGériatrie, 2009[25]) :

- xérostomie ou défaut de production salivaire,
- atteinte du système nerveux central et altération du niveau de vigilance,
- reflux gastro-œsophagien ou œsophagite.

Parmi les nombreux médicaments pouvant provoquer de tels effets, on peut citer :

- les anticholinergiques,
- les psychotropes (antidépresseurs, neuroleptiques, benzodiazépines, lithium),
- les antiparkinsoniens,
- les corticoïdes,
- les anti-inflammatoires,
- les diurétiques.

e) Situations fréquemment associées à la présence d'une dysphagie

En marge des étiologies précédemment citées, un certain nombre de symptômes ou de situations, fréquents en gériatrie, sont souvent associés à la présence d'une dysphagie. Cependant il reste difficile de dire si ces éléments sont la cause réelle de la dysphagie ou sa conséquence, ou encore s'ils en constituent seulement un facteur favorisant ou aggravant.

- **Mauvais état bucco-dentaire** : Déjà évoqué plus haut (cf. p.12), il est sans conteste un facteur favorisant de dysphagie, mais il peut également être aggravé par elle, notamment en l'absence d'alimentation orale. Il mérite une attention spéciale en gériatrie, notamment par la pratique des soins de bouche.
- **Dénutrition et déshydratation** : Leur prévalence est importante en institution gériatrique, et il semble que dysphagie et dénutrition s'aggravent mutuellement. (Capet & Delaunay, 2007 [12] ; Finiels, Strubel, & al., 2001 [15]) Il en est de même pour la déshydratation : elle peut être causée par une dysphagie aux liquides, mais ses conséquences (baisse du niveau de vigilance, altération des muqueuses) peuvent à leur tour avoir des retentissements sur la déglutition.
- **Situations de fin de vie** : La dysphagie y est fréquente (Finiels, Strubel, & al., 2001 [15]) et son origine y est multifactorielle, pouvant regrouper une ou plusieurs des causes précédemment citées. Elle peut participer à l'encombrement des voies respiratoires, fréquent en fin de vie. Pour cette raison, il est important, étant donné l'état souvent fluctuant du patient, réajuster constamment la stratégie d'alimentation. (Tison, 2003[34])

E- Symptômes [15] [25] [37]

a) Spécifiques

Sont regroupés sous le terme de « spécifiques » les symptômes qui sont directement liés à un trouble de la déglutition. Ils comprennent :

- une toux lors de la prise alimentaire, une modification de la voix après la déglutition (voix mouillée),
- un bavage, un reflux des aliments par le nez,
- des difficultés de mastication, des stases buccales,
- une sensation de « blocage », une gêne pour avaler.

b) Non spécifiques

A côté des symptômes dits « spécifiques », d'autres signes sont souvent mal interprétés et doivent pourtant attirer l'attention sur la possible existence d'une dysphagie :

- un allongement du temps des repas,
- un refus de certains types d'aliments,
- une dénutrition, une perte de poids,
- des infections pulmonaires non expliquées.

Il est également important de préciser que l'absence de toux n'est pas toujours synonyme d'une absence de troubles de la déglutition. En effet, le réflexe de toux peut être altéré, ce qui est grave puisqu'il est un mécanisme majeur de protection des voies aériennes.

F- Conséquences et complications

a) Conséquences nutritionnelles

En l'absence d'un régime adapté, la dysphagie risque de conduire à une réduction des apports alimentaires et hydriques : le patient ayant peur de faire une fausse route ou ressentant un inconfort important lorsqu'il mange risque d'exclure spontanément certains types d'aliments plus difficiles à avaler, comme la viande par exemple. Chez la personne âgée, le risque de dénutrition est la première conséquence de la dysphagie, avant même les infections pulmonaires selon certains auteurs. (Woisard & Puech, 2008 [36]) L'intervention d'un diététicien est donc importante afin d'adapter les apports nutritionnels aux capacités de déglutition du patient.

Cependant, peu d'études ont été consacrées au lien de cause à effet entre dysphagie et dénutrition, ce lien ne peut donc être prouvé formellement. (Finiels, Strubel, & al., 2001 [15])

b) Conséquences respiratoires [15] [25]

- **Aigües** : La conséquence de la dysphagie qui met immédiatement en jeu le pronostic vital est l'étouffement par inhalation d'un corps étranger. Cette manifestation « bruyante » de fausse route suscite l'angoisse du patient et des aidants, et sa crainte peut générer des conduites inadaptées. Face à une telle situation, la manœuvre de Heimlich doit être réalisée.
- **Subaigües ou chroniques** : Les pneumopathies d'inhalation sont généralement reconnues comme une complication majeure des troubles de la déglutition. Leur apparition dépend de la quantité de matériel inhalé et de sa nature (aliments, liquides, contenu gastrique).

c) Conséquences sociales et émotionnelles

Au-delà des répercussions sur l'état de santé de la personne âgée, la dysphagie peut entraîner une dégradation importante de la qualité de vie de par :

- la perte du plaisir de manger et de boire,
- l'anxiété liée au risque de fausse route et d'étouffement,
- la gêne sociale occasionnée par le bavage, la lenteur au moment des repas, ce qui peut conduire à un isolement, à une *« perte de l'interaction sociale occasionnée par la prise des repas en commun »* (Finiels, Strubel, & al., 2001 [15]). Les repas, qui *« constituent normalement un moment privilégié de plaisir et d'interaction sociale »*, peuvent devenir des *« espaces de souffrance, de danger et d'humiliation »* (Jacquot, Pouderoux & al., 2001[18]).

Ces conséquences sont non négligeables, car elles retirent parfois au patient un des derniers plaisirs qui lui restent, qui de plus est lié à la satisfaction d'un besoin fondamental : celui de manger et de boire, placé en deuxième position dans la classification des besoins fondamentaux de l'être humain par V. Henderson (Henderson, 1997[17]). L'acte de manger, qui est normalement une nécessité et un plaisir, devient alors un danger pour la personne.

II. La démarche thérapeutique en institution gériatrique

Après avoir montré comment la physiologie de la déglutition pouvait être altérée chez la personne âgée, et avant de décrire la prise en charge de la dysphagie chez ces patients, il convient de mentionner que cette prise en charge ne peut être pensée en-dehors d'une démarche thérapeutique globale (Barczi, Sullivan, & al., 2000[2]). Celle-ci s'inscrit à la fois dans une démarche spécifique à la gériatrie et dans un projet de soins institutionnel. Sans une vision globale de cette démarche, on ne pourra pas prendre en charge convenablement la dysphagie.

C'est cette démarche que nous allons expliciter dans ses grands principes, avant de montrer, dans la partie suivante, comment elle s'applique à la prise en charge de la pathologie qui nous intéresse : la dysphagie.

1- Gériatrie et personnes âgées

Face au vieillissement de la population, on assiste au développement d'une nouvelle discipline médicale, la gériatrie, érigée au rang de spécialité médicale depuis 2004 (Belmin & al., 2010[3]). Selon le Dictionnaire d'Orthophonie (Brin, 2004[10]), la **gériatrie** est la *« branche de la médecine s'occupant des maladies des personnes vieillissantes »*.

Cette définition amène un constat : si les pathologies des personnes âgées font l'objet d'une spécialité médicale qui leur est propre (tout comme la pédiatrie pour les pathologies de l'enfant), cela signifie probablement que **l'on ne peut soigner une personne âgée de la même façon que l'on soignerait un adulte plus jeune**.

Mais qui appelle-t-on les « personnes âgées » ? Selon l'organisation Mondiale de la Santé (OMS), une personne âgée est une personne de plus de 65 ans. Cependant, au-delà d'un chiffre, cette expression véhicule tout un lot de représentations : elle est liée à la perte d'autonomie, au déclin physique et social… Ce déclin s'avère être **un processus que l'on ne peut éviter mais que l'on peut et doit accompagner par une démarche thérapeutique adaptée**.

2- Principes de la démarche thérapeutique : une démarche palliative et écologique

Ainsi, dans la prise en charge des personnes âgées, on se situe moins dans un cadre curatif visant à soigner la maladie et à rendre à la personne une vie normale, que dans une dynamique d'accompagnement du processus de vieillissement, qui suppose l'acceptation d'un déclin inévitable.

A- Qu'est-ce qu'une démarche palliative ?[5] [9] [29]

Dans cette perspective, la démarche de soins en gériatrie peut être qualifiée de démarche palliative. Pour expliciter cette idée, il convient de revenir à la définition des soins palliatifs. Selon la Société Française d'Accompagnement et de soins Palliatifs (SFAP), *« les soins palliatifs sont des soins actifs délivrés dans l'approche globale de la personne atteinte d'une maladie grave »* (cité par Brabant, 2012[9]). Contrairement à ce qui est communément admis, les soins palliatifs ne se limitent donc pas à l'accompagnement des patients en fin de vie (« palliatif » n'est pas synonyme de « mort »), mais rejoignent la prise en charge des maladies chroniques dont souffrent de nombreux patients âgés dysphagiques (maladies neurodégénératives, séquelles d'AVC…). Plus qu'une spécialité médicale à part entière, les soins palliatifs seraient donc une démarche spécifique, applicable dans de nombreux domaines médicaux dont la gériatrie. Les soins palliatifs considèrent le patient comme un sujet à part entière, dont la parole doit être écoutée, et ils envisagent la mort non comme un échec de la médecine mais comme un processus naturel.

S'ensuivent de nombreuses applications concernant la démarche thérapeutique :

- Le refus de l'abandon et de l'euthanasie d'une part, et de l'acharnement thérapeutique d'autre part ; la recherche de la meilleure qualité de vie possible pour le patient.
- **« Passer du général au singulier »,** c'est-à-dire remettre à leur juste place les données scientifiques et techniques concernant la pathologie du patient en les appliquant à son cas particulier. Cela implique d'être à l'écoute de ce dernier, et d'éviter *« l'application routinière et sans discernement des protocoles de soins »* (Rousselot, Lacave & Al., 2012[29]).

- Une dimension importante d**'interdisciplinarité** et de cohésion d'équipe. Cette dimension implique aussi la **formation et le soutien des soignants et bénévoles** impliqués auprès du patient.

B- Ou'est-ce qu'une démarche écologique ? [28]

La démarche de soins aux personnes âgées peut aussi être qualifiée « d'écologique », car elle prend en compte la personne au sein de l'environnement dans lequel elle évolue (dans le cadre de notre étude, il s'agit du milieu institutionnel et de l'entourage soignant, même si la famille tient aussi une place importante).

Dans le cadre des troubles cognitifs et des troubles de la communication chez les patients déments, il a été décrit la possibilité et l'intérêt d'une « thérapie écosystémique » (Rousseau, 2007 [28]) spécifique à ce type de pathologie. Elle a été développée dans le domaine de l'orthophonie et se propose d'agir, non pas directement sur l'atteinte neurologique (facteurs proximaux, peu réceptifs à une thérapie), mais sur les facteurs environnementaux (facteurs distaux).

En effet, si elle prévoit des temps d'intervention auprès du patient, elle se place principalement au niveau d'une intervention auprès de son entourage familial et professionnel. On part du principe que, comme le patient a des capacités d'adaptation très restreintes, ce n'est pas à lui que l'on va demander de s'adapter au trouble, mais à l'entourage. C'est ce dernier qui devra modifier son comportement de communication pour l'adapter à celui du patient. La place de l'information de la famille et, si le patient vit en institution, des soignants, est donc prépondérante. Dans le cadre de l'institution, il est recommandé de prendre le temps d'informer l'ensemble des membres de l'équipe, et de travailler plus particulièrement avec une personne-ressource.

C- Conclusion : les grands principes d'une démarche thérapeutique en gériatrie

Par conséquent, toute démarche thérapeutique en gériatrie devra s'inscrire dans cette double perspective palliative et écologique :

- ⇨ En admettant que la vieillesse et la mort sont des processus naturels et inévitables que l'on ne peut ni hâter ni retarder à tout prix.
- ⇨ En visant à **préserver au maximum le confort du patient**, en tenant compte, pour évaluer l'efficacité d'une prise en charge, sa qualité de vie et non l'écart à la norme.
- ⇨ **En évitant l'application routinière de protocoles** ainsi que les investigations et traitements jugés déraisonnables, et en étant à l'écoute des souhaits et des besoins du patient.
- ⇨ **En travaillant en équipe** ainsi qu'en **intervenant auprès de l'entourage du patient**, notamment son entourage professionnel, car si le patient ne peut s'adapter, c'est l'entourage qui s'adaptera.

3- L'institution gériatrique, une réponse possible au vieillissement

A- Ou'appelle-t-on « maison de retrait e » ?[22]

Dans le langage courant, une maison de retraite est une résidence collective destinée aux personnes âgées. On constate que cette dénomination est assez vague, et recouvre en réalité différents types d'établissements, dont les principaux sont :

- Les Résidences avec services et les Foyers-Logements,
- Les Etablissements Hébergeant des Personnes Âgées Dépendantes (EHPAD),
- Les services de Soins de Suite et Rééducation (SSR), anciennement « moyens séjours »,
- Les Unités de Soins de Longue Durée (USLD), anciennement « longs séjours ».

Dans le cadre de notre étude, nous nous intéresserons principalement au personnel soignant exerçant en EHPAD (ou dans des établissements n'ayant pas officiellement ce statut mais répondant à des caractéristiques similaires).

B- Les fonctions d'une maison de retraite de type EHPAD, en lien avec les différentes dimensions du repas en institution [22]

a) Un lieu de vie : le repas rythmant la vie quotidienne

L'EHPAD n'est pas un lieu où le patient est hébergé transitoirement dans le but de soigner une maladie, comme à l'hôpital. L'entrée en institution est, en règle générale, définitive. C'est donc un véritable lieu de vie, d'où l'emploi du terme « résident » à la place de celui de « patient ».

Dans ce cadre, le repas a une place primordiale car il rythme la vie quotidienne des résidents, étant servi à horaire fixe. Il a pour but d'être un lieu de plaisir, mais aussi un lieu de convivialité et d'interaction sociale par le fait qu'il soit servi dans une salle à manger commune et non en chambre, sauf état grabataire très important. Le repas peut aussi avoir une dimension plus festive et exceptionnelle, comme lors de certaines grandes fêtes comme Noël, ou lors de repas « à thème ».

b) Un lieu de soins : le repas, élément clé de la santé et du bien-être

Les EHPAD sont des établissements dits « médicalisés », c'est-à-dire qu'ils ont les moyens (en termes de matériel et de personnel) de faire face à la perte d'autonomie et à la dégradation de l'état de santé des résidents. Le personnel infirmier y est relativement important, ce qui permet une surveillance renforcée. Chaque résident conserve son médecin traitant, mais l'EHPAD a l'obligation d'employer un médecin coordonnateur compétent en gériatrie.

En EHPAD, le repas est donc aussi un lieu de préoccupation pour les soignants : étant un élément du bien-être, il devient, lorsqu'il se déroule mal, un élément d'inquiétude et d'impuissance. Les difficultés peuvent être d'ordre relationnel (plaintes des résidents quant à la qualité des aliments, du service), comportemental (refus alimentaire, refus de respecter un régime), ou médical (fausses routes). Quand l'état de dépendance de la personne nécessite une assistance partielle ou totale pour s'alimenter, cela occasionne une charge de travail supplémentaire très importante pour le personnel.

c) Un lieu d'accompagnement de la vie finissante : le repas, ultime acte de relation

Dans le contexte de l'entrée en institution, les inquiétudes sont multiples, tant de la part de la famille (fréquent sentiment d'abandon de son proche, de culpabilité), que de celle du

nouveau résident. En effet, le passage en institution peut être vécu comme une perte de son domicile, de ses repères, mais également comme une matérialisation de la fin de sa vie : l'institution est un lieu où se concentrent les maladies et handicaps, et de plus elle est perçue comme un lieu où le résident n'est que de passage, l'issue finale étant presque toujours la mort. C'est le concept de « mort annoncée » (Vercauteren, Predazzi, & al., 2001[35]). Au fur et à mesure de sa vie dans l'institution, le résident pourra être confronté au décès d'autres résidents qu'il aura côtoyés… jusqu'à être confronté à sa propre fin de vie.

Dans le cadre de cette fin de vie, la prise en charge de l'alimentation, de la déglutition, ainsi que les soins de bouche, ont toute leur importance. *« Donner à manger à une personne est souvent une des dernières choses que les proches peuvent faire pour le malade »* (Daoût, 2005[13]). Or le refus alimentaire ou l'impossibilité d'alimentation orale sont fréquents en fin de vie, ce qui peut être très mal vécu par la famille et les soignants. Se pose alors la question du recours à l'alimentation et à la nutrition artificielles. Par ailleurs, les soins de bouche font partie des soins de confort à prodiguer aux patients en fin de vie.

C- L'équipe pluridisciplinaire en EHPAD

a) Le personnel médical [19]

- **Les médecins traitants des résidents** : En EHPAD, chaque résident conserve son médecin traitant, qui continue à assurer le suivi et les prescriptions. En tant que médecins libéraux intervenant dans l'établissement, les médecins traitants doivent adhérer au règlement intérieur de l'institution, reconnaissant ainsi la mission du médecin coordonnateur.

- **Le médecin coordonnateur** : interlocuteur médical du directeur de l'établissement, il est de préférence désigné après concertation avec les différents médecins libéraux intervenant au sein de celui-ci. Il peut être le médecin traitant d'un ou plusieurs résidents. Ses missions sont variées. En particulier, il est chargé d'établir des liens entre le personnel de l'établissement et les différents professionnels libéraux qui y interviennent, il est chargé de la visite d'admission de chaque résident, ainsi que de la formation gérontologique continue du personnel soignant, clé d'une prise en charge de qualité. Le médecin

coordonnateur doit avoir une réelle compétence en gérontologie, fruit de son expérience professionnelle et d'une formation spécifique.

b) Le personnel soignant[3]

- **Les infirmiers et infirmières** : Leur rôle est défini par le décret du 29 juillet 2004 du Code de la Santé Publique (articles R-4311-1 à R-4311-5). Il a pour but d'assurer les « *fonctions d'entretien et de continuité de la vie* » et de « *compenser partiellement ou totalement un manque ou une diminution d'autonomie d'une personne ou d'un groupe de personnes* » (art. R-4311-3) et s'articule autour de deux pôles :
  - Le rôle propre : Il correspond à toutes les actions que l'infirmier peut et doit mettre en œuvre sans directive médicale. Dans ce cadre, l'infirmier coordonne également le travail des aides-soignants.
  - Le rôle médico-délégué : Il concerne tous les actes accomplis sur prescription médicale.

- **Les aides-soignant(e)s** : Leur travail est réalisé en étroite collaboration avec l'infirmier et sous sa responsabilité. Ils réalisent les soins d'hygiène et de confort, ils entretiennent l'environnement des résidents, ils participent à la distribution des repas et peuvent également aider à la prise du repas si c'est nécessaire. Leur rôle est défini par l'arrêté du 22 octobre 2005 relatif à la profession d'aide-soignant.
- **Les Aides Médico-Psychologiques (AMP)** : Tout comme les aides-soignants, les AMP accompagnent le résident dans les gestes de la vie quotidienne comme la toilette et les repas. Ils peuvent également stimuler leur autonomie et leurs fonctions cognitives en organisant diverses activités.

- **Les Agents des Services Hospitaliers Qualifiés (ASQH)** : Ils sont chargés de la propreté des locaux (chambres, sanitaires, couloirs, salle à manger…). Ils participent à la distribution des repas, et peuvent également aider les résidents à s'alimenter si le

[3] NB : par la suite, à chaque fois que nous parlerons des « soignants », ce terme fera référence aux quatre professions ci-dessous.

personnel soignant le leur demande. Enfin, ils peuvent aider les aides-soignants si cela est nécessaire.

Tous ces professionnels travaillent en collaboration avec le personnel médical et avec les autres professionnels qui côtoient les résidents, en particulier les professionnels de santé (kinésithérapeute, diététicien, orthophoniste…).

c) L'intervention de l'orthophoniste

- **Statut et définition** : Selon l'article L 504-1 du Code de la Santé Publique, l'orthophoniste est un professionnel de santé qui « exécute habituellement des actes de rééducation constituant en un traitement des anomalies de nature pathologique, de la voix, de la parole et du langage oral ou écrit hors la présence du médecin. ». Il ne peut exercer que sur prescription médicale.

  L'orthophoniste peut exercer en libéral ou être salarié d'une institution. Actuellement, la plupart des orthophonistes travaillant en maison de retraite ont un statut libéral et interviennent à temps partiel dans l'établissement.

- **Actes susceptibles d'être pratiqués par l'orthophoniste en maison de retraite** : Selon les pathologies présentées par les patients, il peut être amené à pratiquer, sur prescription du médecin traitant en général, différents actes : bilan des troubles d'origine neurologique, rééducation des troubles du langage, adaptation de la communication, bilan et rééducation des dysarthries et dysphagies. Il pourra aussi être amené à réaliser des actions de prévention, d'information de l'entourage familial et des autres professionnels intervenant auprès du patient, en particulier le personnel soignant.

d) Les autres professionnels [1]

Les professionnels pouvant être amenés à intervenir en maison de retraite sont très nombreux, c'est pourquoi nous les citerons sans détailler le champ d'action de chacun (cette liste n'étant de toute façon pas exhaustive). Nous expliciterons le rôle de certains d'entre eux dans la prise en charge de la dysphagie, au cours de la partie qui lui sera consacrée.

- **Professionnels de santé :** Masseur-kinésithérapeute, Ergothérapeute, Diététicien, Psychomotricien, Psychologue, Orthoptiste, Pédicure-podologue….

- **Professionnels du secteur social :** Assistant(e) de service social, Animateur, Mandataire judiciaire à la protection des majeurs…
- **Professionnels administratifs et de gestion** : Directeur, Secrétaire…
- **Professionnels logistiques et techniques** : Personnel de cuisine

III. La prise en charge de la dysphagie en institution gériatrique

Après avoir détaillé les principes d'une prise en charge en institution gériatrique, nous allons maintenant montrer comment ils peuvent et doivent s'appliquer à la pathologie qui nous intéresse : la dysphagie. Nous expliquerons donc en quoi cette prise en charge doit s'inscrire dans une démarche palliative et écologique.

1- Objectifs [12] [25] [37]

De nombreux auteurs s'accordent sur les objectifs suivants :

- Garantir un **état nutritionnel** correct,
- Prévenir d'éventuelles complications respiratoires,
- Préserver une **qualité de vie** la meilleure possible, passant par la réduction des inconforts et le maintien du plaisir de manger, ainsi que de la fonction sociale de l'alimentation.

2- Dépistage

A- Importance en gériatrie [22] [37]

La notion de prévention est particulièrement importante en gériatrie ; elle concerne *« toutes les maladies dont on connaît la cause et les moyens de les éviter »* (Manoukian, 2007 [22]). Dans le cas de la dysphagie, si la cause n'en est pas systématiquement connue chez la

personne âgée, les moyens de réduire voire de faire disparaître les symptômes sont en revanche connus.

De plus, *« dans le domaine gériatrique, la prévention touche aussi aux effets néfastes des maladies et des handicaps »* (Manoukian, 2007 [22]). Or, pour un certain nombre de pathologies de la personne âgée (notamment les démences et la maladie de Parkinson), la dysphagie fait partie des symptômes couramment retrouvés dans le tableau clinique, ce qui incite à une surveillance particulière des capacités de déglutition de ces patients (Capet & Delaunay, 2007[12]).

C'est pourquoi, en institution, cette notion constitue un véritable *« objectif collectif »* (Woisard-Bassols & Puech, 2011 [37]) puisque la prévention :

- impose une vigilance face à **tous les résidents**, afin de déterminer parmi eux lesquels sont le plus « à risque » de dysphagie,
- concerne **tous les soignants** côtoyant le résident au quotidien, en particulier au cours de ses repas.

B- Moyens

En institution, la principale condition pour un bon dépistage est donc que tout soignant soit capable de repérer les patients à risque de dysphagie. *« Le dépistage est basé sur l'identification des facteurs de risque »* (Capet & Delaunay, 2007 [12]).

Pour cela, le premier moyen du dépistage réside dans la formation des soignants, notamment les aides-soignants, ASH et AMP, qui sont le plus souvent amenés à servir les repas et à aider les résidents à s'alimenter. En effet, le dépistage *« devrait pouvoir être effectué par tout soignant formé »* (Capet & Delaunay, 2007 [12]). Il a été démontré que, fréquemment, les troubles de la déglutition *« n'étaient pas identifiés par le personnel soignant, faute d'une formation suffisante dans ce domaine »* (Pouderoux, Jacquot & al., 2001[26]).

Deuxièmement, pour que ces facteurs de risque soient pris en compte par l'ensemble de l'équipe, il est nécessaire qu'il existe une bonne communication au sein de cette dernière, afin que les observations de quelques soignants puissent être connues de tous. *« Toute difficulté dans la prise de repas d'une personne âgée doit faire transmettre l'information, qui doit*

remonter auprès du médecin prescripteur » (PneumoGériatrie, 2009[25]). Concrètement, en institution, ce seront généralement les aides-soignants, ASH et agents de service qui feront remonter leurs observations aux infirmiers, qui eux-mêmes les transmettront au médecin s'ils le jugent nécessaire. Et cela nous ramène bien à la nécessité de formation des soignants : comment savoir quelles informations sont pertinentes et nécessitent d'être transmises, si l'on n'a pas un minimum de connaissances ?

3- Evaluation

Chez les patients à risque, ou les patients pour qui le personnel soignant suspecte fortement un trouble de la déglutition, une évaluation pluridisciplinaire devra être proposée. Elle s'articule autour du bilan médical et du bilan orthophonique, qui devront tous deux tenir compte du contexte institutionnel et gériatrique. Par souci de brièveté, nous décrirons en détail uniquement le bilan orthophonique, et nous mentionnerons ensuite les examens relevant uniquement de la compétence du médecin.

A- Bilan orthophonique

a) Interrogatoire [25] [26] [37]

En gériatrie, il est important d'interroger non seulement le patient, mais aussi son entourage proche : la famille, mais aussi, en institution, le personnel soignant présent au moment des repas. L'avis de l'entourage sera d'autant plus important que les possibilités d'interroger directement le patient seront réduites (confusion, anosognosie, troubles du langage…).

L'interrogatoire recherchera :

- l'histoire des symptômes, leur mode et leurs circonstances d'apparition (brutal ou progressif, constant ou fluctuant),
- les caractéristiques de l'alimentation actuelle : textures, alimentation orale ou non, environnement (salle à manger bruyante ou repas en chambre…),
- le type de difficultés rencontrées lors des repas : difficultés masticatoires, toux, sensation de blocage, douleurs, bavage, voix « mouillée » après la déglutition, ainsi que le type de texture posant le plus problème,

- les éléments concernant l'état général du patient, et pouvant constituer des facteurs favorisants et/ou aggravants : état pulmonaire, état nutritionnel, épisodes fébriles inexpliqués, capacités cognitives, degré de vigilance et d'autonomie globale,
- l'attitude du patient face à l'alimentation : degré d'autonomie alimentaire, degré d'appétence à l'alimentation,
- L'attitude du patient face à ses troubles : degré de conscience du trouble, anxiété, réactions de repli social ou d'évitement de certains aliments.

L'interrogatoire est aussi le lieu où patient et aidants peuvent exprimer leurs attentes par rapport à l'intervention orthophonique, ainsi que leurs éventuelles interrogations et inquiétudes.

b) Examen oro-facial [26] [37]

On procédera tout d'abord à un examen des structures anatomiques au repos, en observant notamment l'état buccodentaire, une éventuelle asymétrie au niveau lingual ou facial, la posture de la tête et du tronc.

Puis on réalisera une évaluation dynamique de ces structures en appréciant leur mobilité (force et amplitude des mouvements) : joues, langue, lèvres, mandibule, larynx (amplitude de l'ascension), voile du palais. Cette évaluation est généralement effectuée sous forme d'exécution de consignes verbales, mais on peut également demander au patient d'imiter les mouvements, ou observer s'il présente une dissociation automatico-volontaire. On notera l'éventuelle présence de réflexes archaïques (morsure, mâchonnement), ainsi que l'absence ou l'exacerbation des réflexes normaux (nauséeux, réflexe de toux).

Il est également important d'évaluer les mécanismes de protection des voies respiratoires : apnée volontaire, raclement de gorge, et surtout réflexe de toux.

c) Tests de déglutition et observation d'un repas [26] [37]

Le test de déglutition permettra d'avoir un meilleur aperçu des capacités fonctionnelles de déglutition du patient. Il consiste à lui demander d'avaler des bolus de volumes et de textures contrôlés.

Au préalable, on se sera assuré que le patient possède un état de vigilance suffisant, qu'il est capable de tousser ou de cracher si on le lui demande, et que l'on a la possibilité de réaliser une aspiration oropharyngée en urgence (matériel et personnel compétent).

Tout au long de l'examen, on sera attentif à la toux, au hemmage, aux modifications du timbre de la voix, à la nécessité de déglutir plusieurs fois la même bouchée, et à toute sensation d'inconfort du patient. On vérifiera aussi la présence éventuelle de stases buccales. Il sera également utile de comparer les résultats obtenus avec différentes textures et avec ou sans posture de sécurité, dans le but de réaliser les adaptations les plus profitables au patient.

L'observation d'un repas, quant à elle, permettra de compléter les données obtenues lors de l'interrogatoire et des tests de déglutition par une observation écologique des capacités de déglutition. Cette observation donne des informations :

- *Sur les aliments et boissons ingérés* : nature, quantité, texture, taille des bouchées, durée du repas ;
- *Sur le patient* : posture, appétence à l'alimentation, éventuel trouble du comportement alimentaire, degré d'autonomie alimentaire, fatigabilité, distractibilité ;
- *Sur l'aidant* (si le patient est assisté totalement ou partiellement lors de ses repas) : posture, taille des bouchées, rythme, ustensiles utilisés, adaptation aux troubles du patient. Ce temps d'observation est aussi un moment où l'aidant pourra poser ses propres questions et demander à l'orthophoniste des conseils « en situation ».

B- Examens complémentaires [26]

a) Intérêts

Si l'examen clinique permet d'obtenir des informations sur la sévérité du trouble et sur son degré de tolérance par le patient, les examens complémentaires spécialisés permettent une meilleure analyse du processus physiopathologique en cause, principalement par une analyse de la phase pharyngée (peu accessible à l'examen clinique).

b) Les deux examens les plus courants

- La vidéoradiographie (ou radiocinématographie) : C'est un enregistrement vidéo (de face et de profil) de plusieurs séquences de déglutition de bolus radio-opaques (divers textures et volumes). Elle permet une analyse fonctionnelle, précise et complète, de la déglutition, ce qui en fait l'examen de référence pour l'exploration d'une dysphagie oro-pharyngée.

  Toutefois, cet examen comporte plusieurs limites d'ordre pratique :

  - la nécessité de disposer du matériel adéquat ;
  - la durée d'irradiation relativement importante (4 minutes environ) ;
  - la tolérance du patient : celui-ci doit pouvoir se tenir assis et réaliser une déglutition sur commande, la situation d'examen peut s'avérer stressante en cas de fausse route.
- L'endoscopie : Elle est effectuée grâce à un nasofibroscope souple, introduit dans le pharynx par voie nasale et relié à un dispositif d'enregistrement vidéo. Elle permet une analyse morphologique et fonctionnelle de la déglutition (on demande au patient d'avaler différents types de bolus sous contrôle endoscopique).
  Même si l'examen n'est pas toujours bien toléré et qu'il comporte une phase « aveugle » (en raison de la fermeture du larynx), il présente toutefois plusieurs avantages pratiques par rapport à la radiocinématographie : il peut être réalisé au lit du patient, et réitéré autant de fois que nécessaire, et il ne nécessite pas la collaboration active du patient.

c) Limites en gériatrie

Elles sont de deux ordres. Tout d'abord, la nécessité de disposer d'un matériel spécifique et d'un praticien formé à ces techniques (oto-rhino-laryngologiste) rend difficile l'accessibilité à ces examens dans le cadre de la maison de retraite (nécessité d'un déplacement à l'hôpital).

De plus, en référence à la démarche palliative, il convient de toujours éviter les investigations jugées déraisonnables, et donc de bien évaluer les bénéfices que l'on peut attendre d'un tel examen. Or il s'avère que, chez une majorité de patients, la connaissance précise du mécanisme physiopathologique n'a pas d'impact sur la prise en charge de la dysphagie. Cela est d'autant plus vrai que, chez la personne âgée, les symptômes sont vagues et fluctuants, rendant plus difficile leur analyse précise.

C'est pourquoi de tels examens sont souvent réservés à des contextes particuliers, comme la suspicion d'une étiologie précise pouvant être traitée chirurgicalement (diverticule de Zenker).

4- Possibilités thérapeutiques [26] [37]

Une fois l'évaluation réalisée, on dispose d'un certain nombre de données sur la sévérité du trouble et sur son pronostic, ainsi que sur l'état général du patient et sur ses capacités d'apprentissage. Toutes ces données vont permettre de choisir, parmi les différentes possibilités thérapeutiques, celles qui sont les plus adaptées au patient.

Ces possibilités sont de plusieurs types : les stratégies d'adaptation, la rééducation spécifique, les traitements médicamenteux et chirurgicaux.

A- Les stratégies d'adaptation

Ces mesures ont une importance particulière en gériatrie, où la dysphagie traduit souvent *« un désordre fonctionnel relevant d'une prise en charge (…) globale »* (Jacquot, Pouderoux & al., 2001 [26]) ; par ailleurs, elles ne nécessitent pas ou peu de participation de la part du patient. Dans la mesure où elles visent le maintien de son confort tout en accompagnant l'évolution d'une pathologie que l'on ne peut guérir, elles entrent dans une démarche palliative. C'est aussi le volet de la prise en charge qui va le plus impliquer l'entourage du patient dont fait partie le personnel soignant.

a) Les mesures d'hygiène bucco-dentaire

L'hygiène buccale nécessite une vigilance accrue pour les personnes en perte d'autonomie pour leurs soins personnels. Il semble important, en plus de leur proposer une aide adaptée pour les soins bucco-dentaires, de surveiller l'état dentaire de ces personnes par des visites plus fréquentes chez le dentiste.

Par ailleurs, il convient de rappeler ici l'importance particulière des soins de bouche chez les patients en fin de vie, du fait de leur impact sur le confort du patient et sur la prévention des fausses routes. (Tison, 2003[34])

b) L'aménagement des temps de repas

Avant toute chose, il est primordial de veiller à une atmosphère calme et facilitant la concentration. On sera donc attentif à :

- limiter le bruit (télévision, porte ouverte sur le couloir…),
- rassurer le patient par des encouragements et consignes simples, prendre en compte son éventuelle anxiété,
- être attentif à ses éventuelles réactions d'humiliation dues au fait d'être assisté par un tiers pour s'alimenter,
- respecter le rythme du patient, sans se précipiter,
- dans la mesure du possible, faire en sorte que le même résident soit aidé par le même soignant d'une fois sur l'autre.

L'installation du patient a aussi toute son importance : dos relevé à 45° au minimum, tête dans l'alignement du corps et légèrement fléchie, pieds au sol. Quant à l'aidant, quand sa présence est nécessaire, il est préférable qu'il soit installé à la hauteur du patient, de façon à lui présenter l'ustensile horizontalement pour éviter une extension cervicale.

L'utilisation de matériel adapté peut s'avérer bénéfique : table réglable en hauteur, tapis antidérapant, couverts adaptés aux capacités motrices des membres supérieurs, verre échancré (permettant de finir le verre sans réaliser une hyperextension de la tête)…

On notera également que la préservation de l'autonomie alimentaire permet de réduire les risques d'infection pulmonaire et de dénutrition ; on y veillera donc autant que les capacités du résident le permettent.

c) Les modifications qualitatives des aliments

Les modifications les plus couramment pratiquées dans les régimes pour patients dysphagiques concernent la texture. Celle-ci doit être homogène et lisse. Le plus souvent, les patients bénéficient d'un régime mixé (purées, viandes mixées, crèmes, petits suisses…) et de liquides épaissis ou gélifiés. La progression de ces éléments dans le pharynx est en effet ralentie, tandis que leur contrôle oral est facilité.

Cependant, le choix d'un régime doit toujours être effectué en référence aux résultats de l'évaluation, et jamais à l'application routinière d'un protocole. Ainsi, une étude américaine (Groher & Kaig, 1995[16]) a mis en évidence, dans un service de soins prolongés, que 91% des patients ayant un régime mixé ou une alimentation entérale relevaient en fait de mesures moins strictes. Il importe donc de se souvenir que :

- Le mixage systématique des aliments peut conduire à un désintérêt pour ceux-ci, voire à une majoration de la dysphagie par manque de stimulation sensorielle.
- Le degré d'épaississement des liquides doit être adapté aux capacités du patient objectivées lors de l'évaluation.

D'autres modifications ont pour but de donner au bolus des propriétés stimulantes favorisant l'initiation du réflexe de déglutition : eau pétillante, température chaude ou glacée, goût prononcé.

d) La question de l'alimentation artificielle chez la personne âgée [8] [12] [18]

Quand les possibilités d'alimentation orale semblent très compromises, se pose la question de la mise en place d'une alimentation par sonde naso-gastrique ou gastrostomie. Selon de nombreux auteurs, cette question est sujette à controverse : elle soulève des interrogations d'ordre éthique quand le patient ne peut donner un consentement éclairé. Par ailleurs, dans les situations de fin de vie, tantôt le recours à l'alimentation artificielle peut constituer un acte d'acharnement thérapeutique, tantôt l'arrêt de celle-ci peut constituer un acte d'euthanasie en provoquant directement la mort.

Tout en sachant qu'il n'existe pas de réponse consensuelle à ce questionnement, il importe de s'interroger sur les bénéfices et les effets secondaires d'une telle alimentation : si elle permet généralement d'améliorer l'état nutritionnel, elle comporte cependant des risques de reflux et d'inhalation du contenu gastrique, ainsi que de diminution de la sensibilité pharyngée (causée par la présence de la sonde).

e) L'éducation de l'entourage

Elle fait bien entendu partie des stratégies d'adaptation, puisque son but est de favoriser l'adaptation de l'entourage proche aux difficultés du patient. L'entourage comprend la

famille, mais aussi les professionnels qui sont présents au moment des repas, donc le personnel soignant. Chez la personne âgée en institution, l'information du personnel soignant présent au moment des repas est tout particulièrement importante ; nous la détaillerons plus loin.

B- Les techniques de compensation et de rééducation

Contrairement aux procédés mentionnés précédemment, ces techniques ont pour point commun de nécessiter une participation plus ou moins importante de la part du patient, ainsi que des capacités d'apprentissage, ce qui rend parfois leur application difficile en gériatrie.

a) Les postures et manœuvres

Le but d'une posture *« est de réorienter le bol alimentaire en modifiant l'anatomie du pharynx »* (Jacquot, Pouderoux, & al., 2001 [26]). Les postures les plus communément utilisées sont l'antéflexion de la tête qui ralentit la progression du bolus vers le pharynx, ainsi que la rotation de la tête du côté lésé ou paralysé en cas d'hémiplégie ou de chirurgie verticale du larynx.

Les manœuvres *« consistent à utiliser certains procédés volontaires pour améliorer l'efficience de la déglutition »* (Jacquot, Pouderoux, & al., 2001 [26]). Les plus courantes sont : la déglutition supraglottique, la déglutition supersupraglottique, la déglutition forcée, la déglutition multiple, la manœuvre de Mendelsohn. Elles nécessitent la coopération active du patient ainsi que l'apprentissage d'une séquence motrice plus ou moins complexe, et sont donc souvent difficiles à mettre en place chez la personne âgée.

b) La rééducation « classique »

Elle cherche à *« modifier durablement la physiologie de la déglutition »* (Jacquot, Pouderoux, & al., 2001 [26]) en améliorant : la mobilité des joues, des lèvres, de la langue, du voile du palais, l'élévation et la clôture laryngées, l'apnée volontaire et la toux, … Elle fait appel à différents types d'exercices comme la mobilisation passive et active, la mobilisation contre résistance, la répétition de certains phonèmes, le contrôle proprioceptif… Cependant, ces procédés sont encore assez peu validés scientifiquement.

C- Les traitements médicamenteux et chirurgicaux

Les traitements médicamenteux sont encore très peu développés dans le domaine de la dysphagie ; en revanche l'effet néfaste de certains traitements sur la déglutition a été montré (cf. p.16), ce qui peut amener à revoir leur prescription en cas de trouble.

Les traitements chirurgicaux sont, eux aussi, rares chez la personne âgée, les plus courants étant les traitements des dysfonctions du SSO, et ceux des diverticules de Zenker.

5- Place des différents intervenants au sein de cette prise en charge [6]

L'évaluation et la prise en charge de la dysphagie étant, comme on vient de le voir, très complexes et multifactorielles, elles font appel aux compétences de nombreux professionnels. Du fait de la diversité de leurs champs d'action et de leurs contacts avec le résident dysphagique, ils constituent une équipe pluridisciplinaire qui a besoin de communiquer et de partager les informations pour être efficace.

Nous mentionnerons ici uniquement les professionnels présents dans l'institution gériatrique, même si la prise en charge nécessite parfois de faire appel à des professionnels extérieurs (ORL et neurologue notamment).

A- Le médecin traitant

C'est lui qui examine le résident chez qui il est rapporté des difficultés alimentaires. Il récolte des informations auprès de la famille, de l'équipe soignante, prescrit éventuellement des examens complémentaires : bilan ORL ou neurologique, bilan orthophonique… En concertation avec l'orthophoniste et l'équipe soignante, il peut prescrire un régime aux textures modifiées, ou revoir des traitements ayant des effets secondaires sur la déglutition. Sa connaissance du résident et de ses antécédents est précieuse pour assurer le suivi.

B- Le personnel soignant

L'intervention des soignants se situe à différents niveaux :

- Rôle dans le **dépistage** :

- ✓ Observation des difficultés (aide-soignant, ASH, AMP) qui sont communiquées au personnel infirmier
- ✓ Transmission des informations au médecin traitant (infirmier)

- Rôle dans l'**évaluation** :
  - ✓ Apport d'informations au médecin et à l'orthophoniste lors de leur interrogatoire
- Rôle dans la **prise en charge** :
  - ✓ Aide aux repas dans une atmosphère calme et conviviale, réassurance du résident et de sa famille
  - ✓ Application des consignes données par les différents spécialistes (médecin, orthophoniste, diététicien) : régimes, postures, utilisation de matériel adapté…
  - ✓ Communication avec le médecin, l'orthophoniste et le reste de l'équipe : transmission de toutes les informations utiles à l'ajustement de la prise en charge.

C- L'orthophoniste

Sur prescription médicale, il pratique un bilan de la déglutition. En concertation avec le médecin, il détermine la possibilité ou l'impossibilité d'une alimentation orale. Il peut proposer une rééducation et/ou des adaptations de la posture, des textures, un fractionnement des repas, tout en tenant compte du pronostic et des capacités cognitives du résident.

Pour mieux assurer le suivi, il peut être amené à assister à des repas en présence d'un membre de l'équipe soignante, et ainsi donner des conseils « en situation ». Il doit être une « personne-ressource » pour les soignants qui doivent pouvoir échanger régulièrement des informations avec lui.

D- Les autres professionnels

Le diététicien évalue l'état nutritionnel du résident, et adapte les menus à ses capacités de déglutition et à ses besoins nutritionnels, en collaboration avec le personnel de cuisine.

Le kinésithérapeute peut pratiquer une rééducation pour favoriser le maintien de la tête et du tronc, ainsi que de la kinésithérapie respiratoire pour limiter l'encombrement bronchique. Il peut également pratiquer l'évaluation et la rééducation de la dysphagie.

L'ergothérapeute peut conseiller au résident et à l'équipe l'utilisation de matériel adapté : ustensiles, verre échancré, table réglable en hauteur, tapis antidérapant…

Le psychologue a un rôle d'accompagnement et de soutien au résident dans l'acceptation de ses troubles ; il peut l'aider, ainsi que sa famille, à gérer l'anxiété générée par l'alimentation en général, et par les situations de repas en particulier.

En concertation avec l'orthophoniste et le diététicien, **le personnel de cuisine** élabore des menus tenant compte des capacités de déglutition des résidents, de leurs besoins nutritionnels, de leurs éventuels autres régimes (sans sel, …). Il doit veiller aux qualités gustatives des plats, à leur présentation, aux conditions d'hygiène dans lesquels ils sont préparés, ainsi qu'aux moyens de limiter leurs coûts de préparation.

IV. Travail en équipe et formation du personnel soignant

Comme on vient de la voir dans les parties précédentes, la prise en charge de la dysphagie en maison de retraite est d'autant plus complexe qu'elle s'inscrit dans le cadre d'une démarche de soins gériatrique, et dans le cadre d'une démarche institutionnelle. Elle suppose donc nécessairement une double dimension : une dimension de travail en équipe, et une dimension de formation spécifique à la dysphagie et à la gériatrie.

1- Le travail en équipe : de la pluridisciplinarité à la transdisciplinarité [22]

Qu'est-ce qu'une équipe de professionnels ? Dans le langage courant, elle pourrait se définir comme un groupe de professionnels travaillant ensemble sur le même sujet, sur les mêmes personnes. Mais que signifie réellement « travailler ensemble » ? Est-ce uniquement travailler les uns à côté des autres (ou les uns après les autres dans le cadre du « roulement » des équipes soignantes), ou cela suppose-t-il des notions de communication, de mise en commun des connaissances, de coordination ? Selon Alexandre Manoukian (Manoukian,

2007 [22], l'évolution historique de la conception de l'équipe en gériatrie peut être décrite en trois étapes :

A- La pluridisciplinarité

Elle correspond à la situation d'une *« équipe composée de professionnels variés et dont les actions ne sont pas toujours concertées »* (Manoukian, 2007 [22]). Face aux besoins des résidents, différents professionnels sont sollicités : infirmiers, aides-soignants, médecins, kinésithérapeutes, orthophonistes… Le seul facteur de cohésion est donné par leur préoccupation commune : le résident ou patient. Son bien-être et son état de santé sont au centre des préoccupations.

Cependant, il est aisé de constater que ce modèle est vite limité : en effet, au vu de leurs expériences et de leurs champs d'action différents, les professionnels peuvent avoir des conceptions du bien-être du résident qui divergent, voire qui s'opposent. Il importe donc d'introduire une dimension de coordination plus importante.

B- L'interdisciplinarité

Dans ce modèle, le souci de coordination est plus important. Celle-ci est assurée entre autres par le ou la cadre de santé, mais elle n'est pas générale et se limite souvent à deux ou trois professions dont les compétences se recoupent, notamment le « trinôme » infirmier-aide-soignant-ASH. Ce modèle s'avère encore insuffisant pour une bonne cohérence du projet de soins.

C- La transdisciplinarité

Face au manque de cohérence et de coordination auquel se heurtent les modèles précédents, la transdisciplinarité introduit une notion de « base commune » dans le travail, qui se concrétise de plusieurs façons.

Tout d'abord, l'équipe sera à la recherche de connaissances communes, d'un « dénominateur commun de savoir » dans un certain nombre de domaines. Cela va permettre

d'avoir un langage commun entre les différentes professions, et ce quel que soit le niveau de formation initiale ; le but final étant une meilleure compréhension des objectifs et projets thérapeutiques mis en place, et donc une meilleure adhésion de l'ensemble de l'équipe à ceux-ci. Forte de ce langage commun, l'équipe pourra prendre davantage de temps de réflexion pour revenir sur certaines expériences ou situations plus complexes (la prise en charge des fins de vie notamment). Enfin, il sera également important que l'équipe puisse avoir des temps de pratique en commun, qu'elle puisse participer à des actions communes qui ont pour but de constituer un socle commun d'expériences. Cela pourra être, par exemple, un temps de formation commun.

2- Pourquoi se former sur la prise en charge de la dysphagie en gériatrie ?

A- La formation, moyen pour renforcer l'esprit d'équipe [22]

Comme on vient de le montrer, la notion de transdisciplinarité est donc directement liée à la notion de formation (Amyot, 2008[1]) : pour avoir des connaissances communes et un langage commun, il est nécessaire de se former. Des temps de formation communs à tous les professionnels peuvent également renforcer l'esprit d'équipe en constituant une expérience commune auxquels tous pourront se référer.

Mais quelles sont les autres raisons qui peuvent pousser un professionnel soignant (infirmier, aide-soignant, AMP, ASH) exerçant en maison de retraite à se former sur la prise en charge de la dysphagie en gériatrie ?

B- La dysphagie, un problème fréquent et complexe en gériatrie [12] [18] [25] [26]

Comme nous l'avons dit plus haut, et malgré l'hétérogénéité des chiffres, les troubles de la déglutition sont un problème auxquels les soignants sont souvent confrontés en maison de retraite. Or on constate que les troubles de la déglutition sont particulièrement difficiles à diagnostiquer dans cette population, car ils se situent souvent au sein d'un tableau clinique complexe, d'une altération de l'état général. Les symptômes en sont souvent assez vagues, peu spécifiques, et donc difficiles à interpréter : dénutrition, infections pulmonaires, refus

alimentaire... De plus, il est souvent difficile de déterminer si les symptômes qui lui sont associés (mauvais état bucco-dentaire, perte d'autonomie alimentaire…) sont des facteurs causaux ou des facteurs aggravants.

C- La formation, pour une meilleure prise en charge

a) La place centrale des soignants dans le dépistage et la prise en charge de la dysphagie

Comme on l'a constaté précédemment (cf. p.38), du fait de la fréquence de leurs contacts avec le résident, particulièrement au moment des repas, les soignants ont une place d'intermédiaire entre ces derniers et les autres professionnels impliqués dans la prise en charge de la dysphagie (médecin, orthophoniste, diététicien). Cela explique que l'éducation et la formation des équipes soignantes soient fréquemment citées parmi les mesures de prise en charge de la dysphagie en gériatrie (Capet & Delaunay, 2007[12] ; Botella-Trelis & Ferrero-Lopez, 2002[8] ; Jacquot, Pouderoux & al., 2001[18] ; Woisard-Bassols & Puech, 2011[37]), et aient fait l'objet d'études spécifiques (O'Loughlin & Shanley, 1998[24] ; Sandhaus, Zalon & al., 2009[31]).

De plus, en référence à la démarche palliative et à la démarche écologique, les dimensions d'interdisciplinarité et de formation des soignants sont des éléments-clés de la prise en charge, afin de faire en sorte que l'entourage puisse s'adapter aux troubles lorsque les capacités d'adaptation du patient se réduisent (cf. p.22).

b) La dysphagie insuffisamment abordée dans la formation initiale des soignants

D'une façon générale, on constate que le niveau moyen de qualification des professionnels de la gérontologie, en particulier les soignants, est très faible (Amyot, 2008[1]) : les infirmiers ont la formation initiale la plus longue, avec 3 ans après le baccalauréat (1800h d'enseignement théorique et 2100h d'enseignement pratique). La formation initiale des aides-soignants et AMP dure environ 1 an, on peut y accéder sans condition de diplôme antérieur. Les ASH n'ont pas de formation initiale spécifique.

Il est assez difficile de déterminer la place qu'occupe la dysphagie dans la formation initiale de ces professionnels ; cependant il semble que la question soit très peu abordée du

point de vue théorique, et que le questionnement sur les troubles de la déglutition émerge lorsque l'étudiant y est confronté en stage. On constate donc un manque de connaissances théoriques sur le sujet, qui sont pourtant nécessaires à une bonne prise en charge sur le terrain, d'autant plus que les professionnels ayant le plus faible niveau de formation initiale (aides-soignants, AMP, ASH), sont ceux qui sont le plus immédiatement confrontés aux difficultés alimentaires des résidents.

c) Les conséquences du manque de formation des soignants [18] [25] [26]

Ce défaut de formation a tout d'abord pour conséquence un dépistage insuffisant, une interprétation erronée par les soignants des différents signes, souvent peu spécifiques, de la dysphagie.

De plus, la dysphagie suscite une inquiétude importante de la part des soignants, face à un problème qu'ils ont le sentiment de ne pas « maîtriser » et dont ils redoutent les graves conséquences, notamment l'étouffement. De plus, on a vu que le repas en maison de retraite a une importance particulière aux yeux des soignants, et que toute difficulté alimentaire suscite de l'anxiété chez eux. Ajoutons aux difficultés d'alimentation les problèmes rencontrés lors de la prise des médicaments (Kelly, D'Cruz & al., 2010[20]).

Enfin, cette inquiétude peut occasionner des pratiques inadaptées qui peuvent même aggraver les troubles, comme le mixage systématique des aliments au nom du « principe de précaution ». Certaines pratiques peuvent aussi résulter d'idées reçues, qui ne correspondent en fait pas à la réalité de la physiologie de la déglutition, comme le fait de faire boire pour calmer la toux après une fausse route, ou pour « faire passer » un solide. Le personnel soignant méconnaît souvent des moyens simples permettant de faire régresser les troubles (utilisation d'un verre échancré, fractionnement des repas), ou les effets très bénéfiques de mesures d'ordre général, comme la présentation attrayante des aliments (Ruglio, Fusari, & al., 2012[30]).

3- Quels moyens existent pour se former ?

A- Le médecin coordonnateur et son rôle dans la formation des soignants [19]

Comme nous l'avons mentionné plus haut, le médecin coordonnateur a pour mission, entre autres, de participer à la formation gérontologique du personnel soignant, en le sensibilisant aux grandes problématiques de la gérontologie dont font partie la nutrition et les troubles de la déglutition. Dans ce cadre, il aura un rôle de formateur direct auprès des soignants et des professionnels libéraux intervenant dans l'établissement, mais il pourra également participer à l'élaboration du plan de formation continue dans l'institution.

B- Les CLAN

Les premiers Comités de Liaison Alimentation et Nutrition (CLAN) ont été créés en 1994. Leur mission est de conduire des travaux portant sur l'alimentation et la nutrition, avec un souci de transdisciplinarité, de communication entre les différents professionnels impliqués dans l'alimentation (diététiciens, équipe soignante, personnel de cuisine, corps médical…). Un CLAN peut être mis en place dans des établissements de santé de tailles très diverses, qu'ils soient publics ou privés. Une des tâches importantes du CLAN est la formation continue du personnel et la cohérence du plan de formation.

C- Une nouvelle structure : le réseau ROLAND dans la région rennaise

A côté de ces moyens « classiques » de formation, un nouveau réseau inter hospitalier a été créé ces dernières années dans la région de Rennes : il s'agit du ROLAND (Réseau Opérationnel de Liaison Alimentation Nutrition Diététique). Sa mission est de former le personnel autour de la problématique de l'alimentation. Sa particularité est qu'il regroupe plusieurs établissements hospitaliers avec un référent dans chaque établissement ; ce fonctionnement permet une mutualisation des moyens, ainsi qu'une harmonisation du niveau de formation des professionnels qui est souvent très hétérogène.

Les établissements adhèrent au ROLAND sur la base du volontariat, sous réserve de remplir deux conditions : l'existence d'un CLAN, et d'au moins une part de l'activité en SSR (Soins de Suite et Rééducation). 20 établissements de taille, activité et statut différents sont aujourd'hui adhérents au ROLAND. Les formations dispensées dans le cadre du ROLAND portent entre autres sur les troubles de la déglutition, qui font l'objet d'une demande importante d'information de la part des soignants ainsi que du personnel de cuisine.

D- L'intervention de l'orthophoniste auprès des soignants

L'orthophoniste dispose de nombreuses compétences qui rendent pertinente son intervention auprès du personnel soignant. Tout d'abord, de par sa pratique du bilan puis des séances de rééducation, il a une expérience clinique de la dysphagie qui s'avère précieuse, et il connaît les patients, leurs antécédents, leurs habitudes… Mais il dispose également de connaissances théoriques sur la physiologie de la déglutition et les différents mécanismes de fausse route. Ainsi, son expérience clinique lui permettra une meilleure communication avec le personnel soignant dont il comprendra les difficultés, et ses connaissances théoriques lui permettront de le conseiller sur l'attitude la plus pertinente à avoir dans telle ou telle situation, et ainsi d'éviter des pratiques basées sur des idées reçues et non sur la physiologie de la déglutition.

Son intervention pourra évidemment se situer dans le cadre d'une formation continue ou d'un exposé destiné aux soignants ; mais elle aura également intérêt à se situer dans la pratique quotidienne : réponses aux questions des soignants à propos d'un cas plus complexe, transmissions écrites sur le déroulement de la rééducation, participation à des réunions…

En faisant cela, l'orthophoniste inscrit sa démarche thérapeutique dans une démarche écologique : étant donné les difficultés du patient à s'adapter, il fait en sorte que l'entourage soignant s'adapte à ses troubles.

PARTIE PRATIQUE

I. Problématique et objectifs de l'étude

1- Problématique

Parmi la population âgée institutionnalisée, la prévalence des troubles de déglutition semble importante, du fait de l'intrication entre les processus de vieillissement physiologique induisant une vulnérabilité plus grande, et la fréquence des pathologies (notamment neurodégénératives) pouvant affecter la déglutition. Or, de nombreux soignants des maisons de retraite semblent insuffisamment formés dans le domaine, ce qui génère chez eux anxiété et parfois conduites inadaptées.

Face à cette situation, une intervention orthophonique en maison de retraite semble importante. Celle-ci consistera en l'évaluation et la prise en charge des troubles de la déglutition chez le résident concerné. Cependant, cette prise en charge devra absolument s'inscrire dans une démarche institutionnelle transdisciplinaire, et dans une démarche de soins en gériatrie, démarche qui est nécessairement palliative et écologique, comme nous l'avons montré. C'est pourquoi, auprès d'un résident dysphagique en maison de retraite, l'intervention de l'orthophoniste portera avant tout sur des stratégies d'adaptation de l'environnement alimentaire et d'information de l'entourage soignant, plus que sur une rééducation « classique » composée d'exercices analytiques.

A partir de ces constats, nous pouvons nous interroger : qu'en est-il de la réalité de terrain ? L'orthophoniste intervient-il fréquemment auprès de résidents dysphagiques en maison de retraite ? Quels sont les éventuels freins à une généralisation de cette intervention ? Comment peut-elle s'articuler avec les mesures de prise en charge déjà existantes ? Et quels sont les besoins et attentes des soignants dans ce domaine, notamment en termes d'informations, de conseils et de soutien ?

2- Objectifs de l'étude

La présente étude a pour principaux objectifs :

- Avoir un aperçu de ce qu'est aujourd'hui la prise en charge de la dysphagie en maison de retraite : nombre de patients concernés, mesures les plus courantes…
- Avoir un aperçu de ce qu'est aujourd'hui l'intervention de l'orthophoniste auprès de patients dysphagiques en maison de retraite : fréquence, modalités pratiques, résultats.

- Evaluer les connaissances et le vécu du personnel soignant des maisons de retraite par rapport à la dysphagie et à sa prise en charge, ainsi que par rapport au rôle de l'orthophoniste.
- Evaluer les besoins et attentes du personnel soignant par rapport à une éventuelle intervention de l'orthophoniste portant sur la dysphagie.

II. Hypothèses

1- Hypothèses générales

Nous postulons que :

A) Il serait bénéfique que l'intervention de l'orthophoniste en maison de retraite, pour la prise en charge de la dysphagie, soit plus fréquente.
B) Il serait bénéfique, pour les soignants exerçant en maison de retraite, de disposer d'un support d'information écrit portant sur la prise en charge de la dysphagie.

2- Hypothèses portant sur le dépistage et prise en charge de la dysphagie en maison de retraite

Nous postulons que :

1) En maison de retraite, la dysphagie a tendance à être sous-dépistée par le personnel soignant et par les médecins.
2) En maison de retraite, les médecins prescrivent peu d'examens complémentaires aux résidents dysphagiques, en particulier peu de bilans orthophoniques.
3) En maison de retraite, les mesures concernant la prise en charge de la dysphagie portent essentiellement sur la modification des textures, parfois par excès.

3- Hypothèses portant sur la formation du personnel soignant sur la dysphagie

Nous postulons que :

4) Les soignants travaillant en maison de retraite sont souvent peu formés (que ce soit lors de leur formation initiale ou de leur formation continue) sur la prise en charge de la dysphagie.

5) Ce manque de formation fait qu'ils se sentent souvent démunis et anxieux face à ce trouble.
6) En particulier, les soignants travaillant en maison de retraite manquent souvent de connaissances théoriques de base sur la dysphagie (physiologie de la déglutition, types de fausses routes).
7) Ce manque de connaissances induit des comportements qui sont parfois plus liés à des idées reçues qu'à la réalité de la physiologie de la déglutition.
8) Les soignants sont en demande d'informations et de conseils afin de mieux prendre en charge les résidents dysphagiques.

4- Hypothèses portant sur l'intervention de l'orthophoniste auprès du résident dysphagique en maison de retraite

Nous postulons que :

9) L'intervention de l'orthophoniste en maison de retraite pour la prise en charge de la dysphagie est rare.
10) En maison de retraite, l'orthophoniste intervient peu dans la prise en charge de la dysphagie car il y a peu de prescription du médecin, et/ou peu de demandes de la part des soignants.
11) En maison de retraite, médecins et soignants connaissent peu voire pas du tout le rôle d'un(e) orthophoniste auprès d'un patient dysphagique.
12) En maison de retraite, l'orthophoniste intervient peu dans la prise en charge de la dysphagie car il (elle) est souvent peu formé(e) à la spécificité de cette prise en charge.
13) Quand cette prise en charge est pratiquée par l'orthophoniste en maison de retraite, elle semble avoir des effets bénéfiques.

III. Méthodologie

1- Population de l'étude

Nous avons proposé trois questionnaires à différents professionnels :

A- Les médecins coordonnateurs

Un premier questionnaire était destiné aux **médecins coordonnateurs exerçant en maison de retraite**. Ce questionnaire n'avait pas pour but d'étudier de façon approfondie la prise en charge de la dysphagie par les médecins, mais d'apporter un éclairage sur la collaboration entre orthophoniste et personnel soignant, et sur la formation du personnel soignant (rappelons que le médecin coordonnateur a notamment pour mission de coordonner le travail du personnel de la structure et des professionnels libéraux y intervenant). C'est pourquoi nous n'avons pas choisi d'interroger les médecins traitants des résidents.

B- Les orthophonistes

Un second questionnaire était destiné aux **orthophonistes exerçant en libéral, intervenant en maison de retraite et/ou prenant en charge des patients dysphagiques à leur cabinet ou à domicile**. Nous avons choisi de ne pas restreindre ces critères d'inclusion aux seuls orthophonistes prenant en charge des patients dysphagiques en maison de retraite, et ce pour deux raisons. D'une part, nous craignions que cette population soit trop peu nombreuse ; d'autre part, il nous paraissait intéressant de connaître l'avis d'orthophonistes ne pratiquant pas cette prise en charge, mais étant pourtant concernés par le domaine de la dysphagie ou de la gériatrie, et étant donc susceptibles de pouvoir prendre en charge des résidents dysphagiques en maison de retraite.

C- Le personnel soignant

Un troisième questionnaire était destiné au **personnel soignant des maisons de retraite accompagnant les résidents au cours de leurs repas**[4]. Plusieurs professions étaient précisées au début du questionnaire, à titre indicatif : infirmier, aide-soignant, agent de service, personnel de cuisine. En effet nous estimions que ces professionnels étaient les plus susceptibles d'être concernés. Cependant nous avons laissé une certaine liberté aux professionnels, de façon à ce que ceux qui accompagnaient le résident au cours de ses repas, même s'ils n'exerçaient aucune des professions précédemment citées, puissent répondre au questionnaire. Cela nous permettait ainsi de savoir quels types de professionnels étaient le plus présents auprès des résidents au moment du repas.

[4] NB : Par la suite, quand nous emploierons l'expression « personnel soignant » ou « soignants », celle-ci désignera l'ensemble de ces professionnels, et ce même s'ils ne sont pas tous des professionnels de santé au sens strict du terme.

2- Protocole : contenu et objectifs des questionnaires

A- Questionnaire destiné aux médecins coordonnateurs

a) Composition

Ce questionnaire se compose de 12 questions (questions oui/non et questions à choix multiple) ainsi que 4 questions préliminaires. Il comporte 3 pages. A la fin du questionnaire, le médecin peut faire part de ses éventuelles remarques, et il peut demander à ce que nous lui fassions parvenir les résultats de cette enquête.

Le médecin coordonnateur, du fait de son statut, n'est pas prescripteur ; c'est pourquoi nous avons employé, dans le questionnaire, des formules du type « Le résident a-t-il une prescription de… » ou « Le résident se voit-il prescrire… », plutôt que la formule « Prescrivez-vous… ». Cependant nous sommes conscients que, le médecin coordonnateur étant souvent le médecin traitant de certains résidents, il répond prioritairement en fonction de ses propres pratiques.

b) Objectifs des différentes questions

- **Obtenir des données épidémiologiques pour l'établissement concerné.** Cet objectif est visé par les questions suivantes :
  - Questions préliminaires sur le nombre total de résidents, et le nombre de résidents dysphagiques. On obtiendra ainsi un pourcentage, que l'on comparera aux données de la littérature.
  - Questions 1 portant sur les symptômes retrouvés chez les résidents dysphagiques, et 2 portant sur les étiologies retrouvées chez ces résidents.
- **Obtenir des données concernant la prise en charge de la dysphagie dans l'établissement concerné.**
  - Question 3 portant sur la prescription d'examens complémentaires.
  - Questions 6, 7 et 8 portant sur la fréquence de certaines mesures thérapeutiques : textures modifiées, révision de certains traitements, alimentation entérale.
- **Obtenir des données concernant la place de l'orthophonie dans cette prise en charge, dans l'établissement concerné.**
  - Question 3 portant sur la prescription d'examens complémentaires : la réponse nous permettra de savoir si un bilan orthophonique est généralement prescrit ou non dans la structure.

- Question 4 portant sur les raisons d'une non-prescription d'un bilan orthophonique.
- Question 5 portant sur l'existence d'une rééducation orthophonique et sur son efficacité selon le médecin.
- Question 10 portant sur la connaissance, par le médecin, du rôle de l'orthophoniste dans le cadre de la dysphagie.

- **Obtenir des données concernant le niveau de connaissances (sur la dysphagie) du personnel soignant de cet établissement, selon l'estimation du médecin.**
  - Question 9 portant sur la qualité de la formation des soignants en matière de dysphagie.
  - Questions 11 et 12 portant sur l'utilité de disposer d'un outil d'information destiné aux soignants, et sur les points à aborder dans un tel support.

B- Questionnaire destiné aux orthophonistes

a) Composition

Ce questionnaire comporte 5 pages. Il est divisé en 5 parties (A, B, C, D, E). A la fin du questionnaire, l'orthophoniste peut faire part de ses éventuelles remarques, et il peut demander à ce que nous lui fassions parvenir les résultats de cette enquête. Toutes les parties ne concernent pas l'ensemble des orthophonistes interrogés.

b) Objectifs des différentes questions

- **Séparer les orthophonistes interrogés en différents sous-groupes, et avoir une idée de la proportion des orthophonistes prenant en charge des patients dysphagiques en maison de retraite (MR).** Cet objectif est visé par les questions suivantes :
  - Question préliminaire de la partie A : « Intervenez-vous en maison de retraite ? »
  - Question 2 de la partie A portant sur la nature des pathologies prises en charge en maison de retraite par l'orthophoniste interrogé.
  - Question préliminaire de la partie B : « Prenez-vous des patients dysphagiques en rééducation à votre cabinet ? à domicile ? »

Ces questions vont donc permettre de distinguer des sous-groupes :

- ✓ Les orthophonistes intervenant en maison de retraite et y prenant en charge des résidents dysphagiques (groupe 1),

- ✓ Les orthophonistes intervenant en maison de retraite, mais n'y prenant pas en charge de résidents dysphagiques (groupe 2),
- ✓ Les orthophonistes n'intervenant pas en maison de retraite, mais prenant en charge des patients dysphagiques à leur cabinet et/ou à domicile (groupe 3).

Pour les orthophonistes du groupe 1, le questionnaire cherche à :

- **Obtenir des informations sur le déroulement d'une prise en charge orthophonique de la dysphagie en maison de retraite (médecin prescripteur, fréquence des séances, qualité du travail multidisciplinaire…)**
- **Obtenir des données concernant le niveau de connaissances (sur la dysphagie) du personnel soignant de l'établissement où l'orthophoniste intervient, selon son estimation.**
  - ➢ Question 4 de la partie A.

Pour les orthophonistes des groupes 2 et 3, le questionnaire cherche à :

- **Connaître les raisons pour lesquelles ils ne prennent pas en charge des patients dysphagiques en maison de retraite.**
  - ➢ Question 3 de la partie A.
- **Connaître leur avis par rapport à cette prise en charge : savoir s'ils seraient prêts à la réaliser en cas de demande, et de quelle façon.**
  - ➢ L'ensemble des questions de la partie D.

Pour l'ensemble des orthophonistes interrogés, le questionnaire cherche à :

- **Obtenir des renseignements sur la place de la dysphagie dans leur formation (initiale et continue).**
  - ➢ L'ensemble des questions de la partie C.
- **Connaître leur avis sur un éventuel support informant le personnel soignant sur la prise en charge de la dysphagie.**
  - ➢ L'ensemble des questions de la partie E.

C- Questionnaire destiné au personnel soignant

a) Composition

Ce questionnaire comporte 5 pages. Il est constitué de 3 parties (A, B, C), elles-mêmes divisées en paragraphes, qui abordent respectivement : la prise en charge de la dysphagie au quotidien, la formation dans le domaine de la dysphagie, et la place de l'orthophonie au sein de cette prise en charge. Il compte en tout 28 questions plus 3 questions préliminaires. A la fin du questionnaire, le soignant peut faire part de ses éventuelles remarques.

b) Objectifs des différentes questions

- **Connaître les attitudes adoptées par le soignant interrogé dans différentes situations concrète, et évaluer ses connaissances sur la dysphagie.**
  - Questions a) 1 à a) 7 de la partie A qui nous permettent d'évaluer si le soignant s'est déjà questionné, dans des situations très concrètes, et s'il a remarqué que certaines conditions pouvaient améliorer ou au contraire aggraver des troubles de la déglutition.
  - Questions c) 1 à c) 5 de la partie A portant sur : la position du patient pendant le repas, l'attitude en cas d'étouffement, les éventuelles difficultés à savoir quels aliments sont autorisés ou interdits, l'attitude en cas de doute sur la déglutition d'un patient, et les éventuelles difficultés lors de la prise des médicaments.
  - Questions b) 1 et b) 2 de la partie A portant sur : les signes d'alerte de la dysphagie, et la connaissance de l'existence de fausses routes silencieuses.
  - Question c) 3 de la partie A portant sur les raisons du régime particulier prescrit aux patients dysphagiques.
- **Avoir des informations sur le vécu de cette prise en charge par le soignant interrogé, et notamment son éventuelle anxiété.**
  - Question d) 1 de la partie A portant sur l'importance que revêt la prise en charge de la dysphagie pour le soignant interrogé.
  - Questions d) 2 à d) 5 de la partie A portant sur le vécu d'anxiété du soignant, les raisons de cette anxiété, et la chose qui lui paraît la plus difficile dans cette prise en charge.
- **Evaluer le niveau de formation du soignant interrogé sur la dysphagie, et ses éventuels besoins en termes d'informations complémentaires.**
  - L'ensemble des questions de la partie B.

- **Evaluer la place qu'occupe l'orthophonie, selon le soignant interrogé, dans la prise en charge de la dysphagie.**
  - L'ensemble des questions de la partie C portant sur : la connaissance du rôle de l'orthophoniste par le soignant interrogé, l'existence dans son établissement d'une intervention orthophonique, son degré de satisfaction par rapport à une intervention existante, et ses attentes par rapport à une intervention non encore existante.

D- Le choix des types de questions

Nous avons utilisé trois grands types de questions :

- Les questions « oui/non » : la personne interrogée peut répondre soit par oui, soit par non. Il est rapide de répondre à ce type de questions, et de plus les réponses sont simples à analyser au niveau statistique. Cependant, ces questions présentent l'inconvénient de manquer de précision en ne permettant pas de nuancer la réponse, ce qui peut conduire à une indécision du répondant donc à une non-réponse.
- Les questions à choix multiple : la personne interrogée doit choisir une ou plusieurs réponses parmi une liste de propositions ; selon les questions, une seule ou plusieurs propositions peuvent être choisies. Cela permet d'avoir des réponses plus nuancées (notamment en ce qui concerne la fréquence d'une situation : il est généralement plus facile de choisir entre souvent/parfois/rarement/jamais qu'entre oui et non) qui restent simples à analyser statistiquement. Il est rapide et simple d'y répondre, notamment pour des personnes peu habituées à rédiger (professionnels ayant un faible niveau d'études). Cependant, ces questions présentent l'inconvénient d'induire certaines réponses auxquelles le répondant n'aurait pas forcément pensé d'entrée de jeu. De plus, il est parfois difficile de ne pas omettre des éléments dans la liste des réponses possibles.
- Les questions ouvertes : la personne interrogée doit rédiger elle-même une réponse avec ses propres mots. L'avantage de ce type de question est de ne pas induire de réponse chez le répondant, de le laisser s'exprimer avec son propre vocabulaire, sa propre subjectivité. En revanche, les réponses, du fait de leur variété, sont plus complexes à analyser statistiquement ; l'analyse en est surtout qualitative. De plus, il est souvent plus long de répondre à de telles questions, ce qui peut décourager certains répondants, notamment, dans notre étude, des professionnels ayant un niveau de formation plus bas, qui ont moins l'habitude de rédiger.

Chaque type de question ayant des avantages et des inconvénients, nous avons choisi de les utiliser tous les trois dans chaque questionnaire (sauf le questionnaire destiné aux médecins coordonnateurs qui ne comporte aucune question ouverte, pour le rendre plus rapide à compléter). Pour élaborer ces questionnaires, nous nous sommes aidés de deux mémoires d'orthophonie : celui présenté en 2006 par J. Sebban (Sebban, 2006[32]) pour le questionnaire destiné aux soignants, et celui présenté en 2006 par V. Raffin-Caboisse (Raffin-Caboisse, 2006[27]) pour les questionnaires destinés aux orthophonistes et aux médecins coordonnateurs.

3- Procédure

A- Distribution des questionnaires[5]

a) Questionnaires destinés aux médecins coordonnateurs

Au total, 52 questionnaires ont été envoyés (37 par courrier postal, 15 par courrier électronique) à des médecins coordonnateurs exerçant dans des EHPAD du nord-ouest de la France : régions Pays de Loire, Poitou-Charentes, Bretagne, ainsi qu'en Ile-de-France. Les établissements ont été choisis au hasard dans l'annuaire des EHPAD sur le Net[6]. Chaque courrier comprenait : le questionnaire, une lettre explicative présentant les objectifs de notre étude (cf. annexe), ainsi qu'une enveloppe-réponse affranchie et portant nos nom et adresse.

b) Questionnaires destinés aux orthophonistes

Les orthophonistes ont été sollicités principalement par mail (ainsi que par courrier postal pour 7 orthophonistes). Ils appartenaient à notre réseau personnel ainsi qu'à celui de notre maître de mémoire. Etant donné que certains orthophonistes contactés ont transféré le mail à des collègues, il est difficile de connaître le nombre exact de questionnaires distribués ; nous l'estimons à environ 70.

c) Questionnaires destinés au personnel soignant

Ils ont été distribués dans 12 maisons de retraite, que nous avions préalablement contactées par téléphone et qui avaient donné leur accord pour participer à cette étude. Elles

[5] Se référer aux annexes pour la situation géographique des régions et départements cités.
[6] http://www.sanitaire-social.com/annuaire/ehpad/30

étaient réparties géographiquement comme suit : 5 en Maine-et-Loire (49), 4 en Vendée (85), 3 en Deux-Sèvres (79). Généralement, les questionnaires ont été confiés à l'infirmier(e) référent(e) qui s'est chargé(e) de les répartir entre les soignants. Nous avons également sollicité 3 soignants que nous connaissions personnellement. Au total, 107 questionnaires ont été distribués.

B- Recueil des questionnaires

Les questionnaires destinés aux médecins coordonnateurs et aux orthophonistes ont été recueillis soit par courrier postal soit par courrier électronique. Les questionnaires destinés au personnel soignant ont été recueillis dans les établissements, auprès de la personne à laquelle ils avaient été confiés (généralement l'infirmier(e) référent(e)).

C- Durée de l'étude

Les questionnaires ont été distribués durant les mois de novembre et décembre 2012 ; ils ont été recueillis durant les mois de décembre 2012 et janvier 2013.

D- Traitement des données

Les réponses aux différents questionnaires ont été traitées statistiquement sur le logiciel Microsoft Excel®. Les réponses aux questions ouvertes ont été recopiées sur le logiciel Microsoft Word®, de façon à avoir une vision globale et à dégager différents types de réponses. La fréquence de chaque type de réponse a ensuite été traitée statistiquement de la même façon que pour les autres questions.

IV. Analyse des résultats

1- Taux de retour

A- Médecins coordonnateurs

Sur les 52 questionnaires distribués, 19 ont été récupérés, soit un taux de retour de 36,5%. 5 établissements nous ont répondu en nous signalant qu'ils n'avaient pas actuellement de médecin coordonnateur, le poste étant vacant. 2 médecins nous ont également répondu par mail en disant que l'étude était intéressante mais qu'étant débordés en ce moment ils n'avaient pas le temps d'y répondre.

B- Orthophonistes

Sur environ 70 questionnaires distribués, 25 ont été récupérés, mais seulement 22 sont exploitables car 3 provenaient d'orthophonistes exerçant en institution et non en libéral. Le taux de retour est d'environ 35%.

C- Personnel soignant

Sur les 107 questionnaires distribués, 71 ont été récupérés, mais 4 questionnaires ont dû être retirés de l'analyse car ils étaient incomplets. Au total, 67 questionnaires sont donc exploitables. Le taux de retour est de 62,6%.

On observe que le taux de retour est beaucoup plus élevé chez les soignants que chez les médecins coordonnateurs et les orthophonistes. Cela peut s'expliquer par plusieurs raisons : la première est liée au mode de diffusion du questionnaire. Pour les soignants, il leur a généralement été distribué en main propre par leur supérieur hiérarchique, ce qui incite davantage à répondre que lorsque le questionnaire est envoyé par mail ou par courrier par un inconnu. La seconde raison est liée au fait que, comme les soignants l'ont souvent exprimé dans leur réponses, la dysphagie est pour eux une préoccupation quotidienne, un sujet d'anxiété et un symptôme face auxquels ils se sentent souvent seuls ; ils sont donc très largement en demande de soutien et d'informations supplémentaires, ce qui a pu les motiver à répondre à ce questionnaire.

2- Caractéristiques des professionnels ayant répondu aux questionnaires (et de leurs établissements)

A- Médecins coordonnateurs en EHPAD

a) Département d'exercice (question préliminaire)

Comme on peut le voir dans le tableau ci-dessous, les médecins coordonnateurs ayant répondu au questionnaire proviennent majoritairement des régions Pays de Loire et Bretagne, ce qui est normal puisque ce sont les régions où nous avions envoyé le plus de questionnaires.

Tableau 1 : Répartition des répondants (médecins) selon leur département d'exercice (cf. annexe pour la situation géographique des départements)

Région	Médecins coordonnateurs ayant répondu
Pays de Loire	10
Bretagne	5
Ile de France	3
Poitou-Charentes	1

b) Nombre d'années d'expérience en gériatrie (question préliminaire)

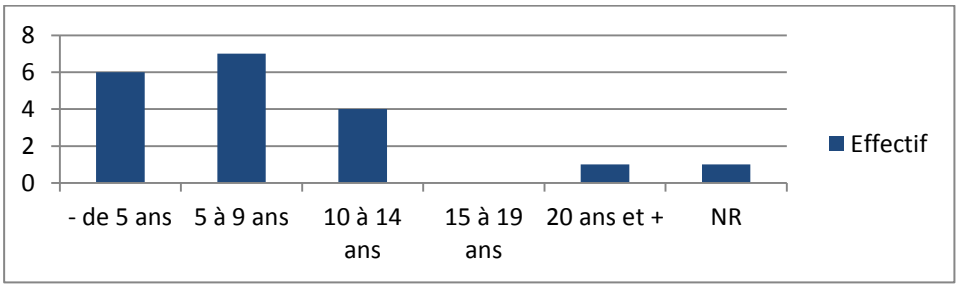


Figure 1 : Répartition des médecins coordonnateurs ayant répondu au questionnaire selon leur nombre d'années d'expérience en gériatrie[7]

On constate que la majorité (environ 67%) des médecins ayant répondu a moins de 10 ans d'expérience en gériatrie. Cela est probablement à relier au fait que la gériatrie est une discipline médicale assez jeune, et que le statut d'EHPAD (donc l'obligation pour ces

[7] NR = Non-Réponse (dans ce graphique ainsi que dans ceux qui suivront)

établissements d'employer un médecin coordonnateur compétent en gériatrie) ne date que de 2002.

c) Nombre de résidents dans la (ou les) maison(s) de retraite où le médecin exerce (question préliminaire)

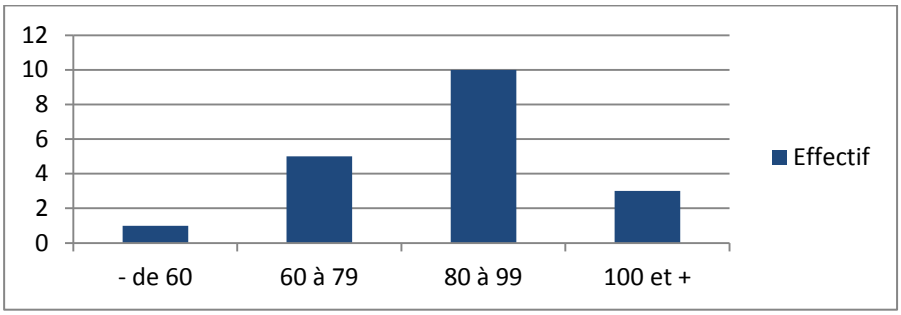


Figure 2 : Répartition des médecins coordonnateurs ayant répondu au questionnaire selon le nombre de résidents de leur établissement

Le nombre de résidents par établissement va de 55 à 181, avec une moyenne de 88 résidents par établissement. 52% des médecins coordonnateurs ayant répondu affirment que leur établissement compte entre 80 et 99 résidents, ce qui est relativement important.

B- Orthophonistes

a) Département d'exercice et lieu de formation (questions préliminaires)

On constate que les orthophonistes ayant répondu au questionnaire exercent dans des départements très divers, mais en priorité dans le nord-ouest de la France et en région parisienne. La moitié d'entre eux a été formée à Paris.

Tableau 2 : Répartition des répondants (orthophonistes) selon leur département d'exercice (cf. annexe pour la situation géographique des départements)

Tableau 3 : Répartition des répondants (orthophonistes) selon le lieu de leur formation initiale

Région	Orthophonistes ayant répondu	Lieu de formation initiale	Orthophonistes ayant répondu
Bretagne	8	Paris	11
Ile de France	6	Lille	3
Pays de Loire	4	Nantes	3
Poitou-Charentes	2	Montpellier	2

Centre	1	Tours	2
PACA	1	Marseille	1

b) Année du diplôme

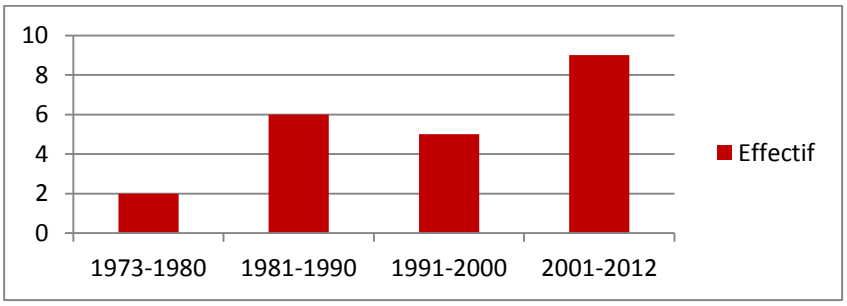


Figure 3 : Répartition des orthophonistes ayant répondu au questionnaire selon l'année de leur diplôme

Les 22 orthophonistes ayant répondu au questionnaire ont été diplômés entre 1973 et 2012. 9 orthophonistes (soit 40%) ont été diplômés après 2001 ; les orthophonistes « jeunes » (moins de 12 ans d'expérience) sont donc les plus nombreux dans cet échantillon. Le nombre moyen d'années d'expérience est de 17 ans environ.

c) Division de l'échantillon en sous-groupes

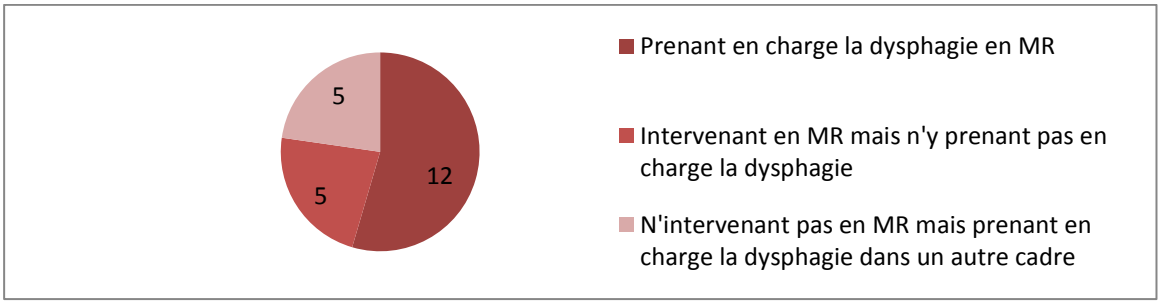


Figure 4 : Répartition des orthophonistes ayant répondu au questionnaire dans les différents sous-groupes

- ✓ Groupe 1 : *12 orthophonistes*. Environ 55% des orthophonistes ayant répondu au questionnaire prennent en charge des patients dysphagiques en MR.
- ✓ Groupe 2 : *5 orthophonistes*. Environ 22,5% des orthophonistes ayant répondu au questionnaire interviennent en MR, mais n'y prennent pas en charge la dysphagie.
- ✓ Groupe 3 : *5 orthophonistes*. Environ 22,5% des orthophonistes ayant répondu au questionnaire n'interviennent pas en MR, mais prennent en charge des patients dysphagiques dans un autre cadre (cabinet, domicile).

Ce résultat nous a surpris, car nous ne nous attendions pas à une proportion si importante d'orthophonistes prenant en charge des patients dysphagiques en MR. Cependant, elle est à relativiser : il est en effet fort probable que ces orthophonistes aient été plus motivés que les autres pour répondre au questionnaire, le sujet de l'étude les concernant directement.

C- Soignants

a) Département d'exercice

Tableau 4 : Répartition des questionnaires récupérés (destinés aux soignants) en fonction de leur département de provenance (cf. annexe pour la situation géographique des départements)

Département	Nombre de questionnaires récupérés
Vendée (85)	29
Maine-et-Loire (49)	22
Deux-Sèvres (79)	14
Loire-Atlantique (44)	1
Non précisé	1

b) Profession

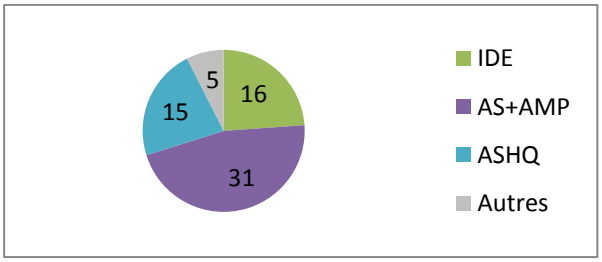


Figure 5 : Professions des soignants ayant répondu au questionnaire

Notre échantillon se compose donc :

- ✓ de 16 infirmiers (IDE), soit 24% des soignants ayant répondu,
- ✓ de 25 aides-soignants (AS) et 6 aides médico-psychologiques (AMP), soit au total 46% des soignants ayant répondu,
- ✓ de 15 agents des services hospitaliers qualifiés (ASHQ), soit 22% des soignants ayant répondu,

- ✓ de 5 autres professionnels, soit environ 7% des soignants ayant répondu. Parmi ces professionnels, il y a un agent social, un responsable de cuisine, un agent de service cuisine. Par ailleurs, 2 questionnaires ont été remplis en commun par plusieurs professionnels, nous les avons donc classés dans cette rubrique « Autres ».

Les AS et AMP ont été regroupés, d'une part vu le faible nombre d'AMP, et d'autre part étant donné que leur niveau de formation initiale est similaire, et que leurs champs de compétences se ressemblent.

c) Expérience en gériatrie

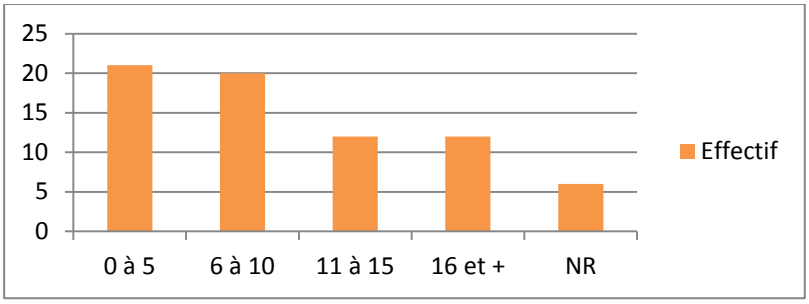


Figure 6 : Répartition des soignants ayant répondu selon leur nombre d'années d'expérience en gériatrie

6 soignants n'ont pas répondu à cette question. Les soignants qui ont répondu ont entre 3 mois et 33 ans d'expérience dans le domaine de la gériatrie. Le nombre moyen d'années d'expérience est de 9,8 ans. Environ 60% des soignants qui ont répondu ont entre 0 et 10 ans d'expérience en gériatrie, ce qui correspond à une expérience relativement courte.

Ces résultats nous permettent de formuler quelques remarques.

Tout d'abord, on note la proportion importante, parmi les orthophonistes qui ont répondu à ce questionnaire, de praticiens prenant en charge des patients dysphagiques en MR. Cela montre que ce type de prise en charge existe aujourd'hui, mais ne nous permet pas de tirer de conclusions quant à sa fréquence. ***L'hypothèse 9 (« L'intervention de l'orthophoniste en maison de retraite pour la prise en charge de la dysphagie est rare ») ne peut donc être ni validée ni infirmée par ce résultat.***

On constate également que les AS et AMP représentent presque la moitié des soignants ayant répondu ; il est donc permis de penser qu'ils ont un rôle de premier plan dans

l'accompagnement des résidents dysphagiques au cours des repas. On peut également supposer qu'ils seront des interlocuteurs importants pour l'orthophoniste.

3- Réponses aux questionnaires

A- Médecins coordonnateurs

a) Données épidémiologiques

- **Pourcentage de résidents dysphagiques au sein des établissements des médecins ayant répondu au questionnaire (question préliminaire)**

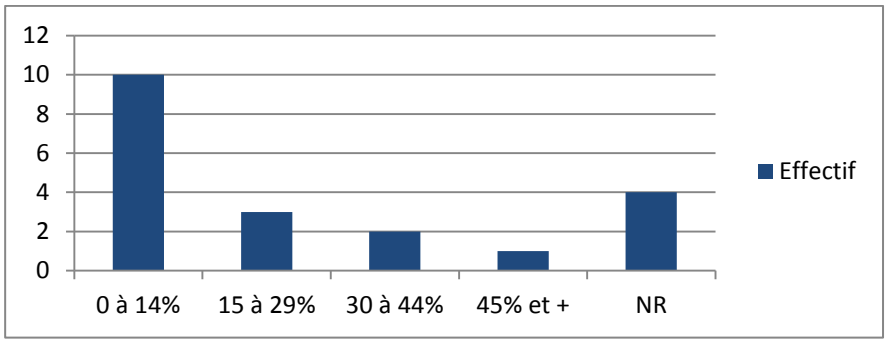


Figure 7 : Répartition des médecins coordonnateurs ayant répondu au questionnaire selon le pourcentage de résidents dysphagiques dans leur établissement

La proportion de résidents dysphagiques dans les différents établissements, selon les médecins ayant répondu à cette question, va de 1,2% à 59%. *On observe donc une variabilité extrêmement importante entre les établissements*. Plus de la moitié des médecins ayant répondu au questionnaire affirment que leur établissement compte moins de 15% de résidents dysphagiques. Le taux moyen de résidents dysphagiques est de 14%. On constate donc que *la majorité des médecins évoque une proportion de résidents dysphagiques qui se situe en-dessous des données de la littérature*, qui évoquent des chiffres autour de 30% voire plus pour les personnes âgées institutionnalisées (cf. I. 4- C-).

- **Symptômes les plus souvent retrouvés chez les patients dysphagiques (question 1)**

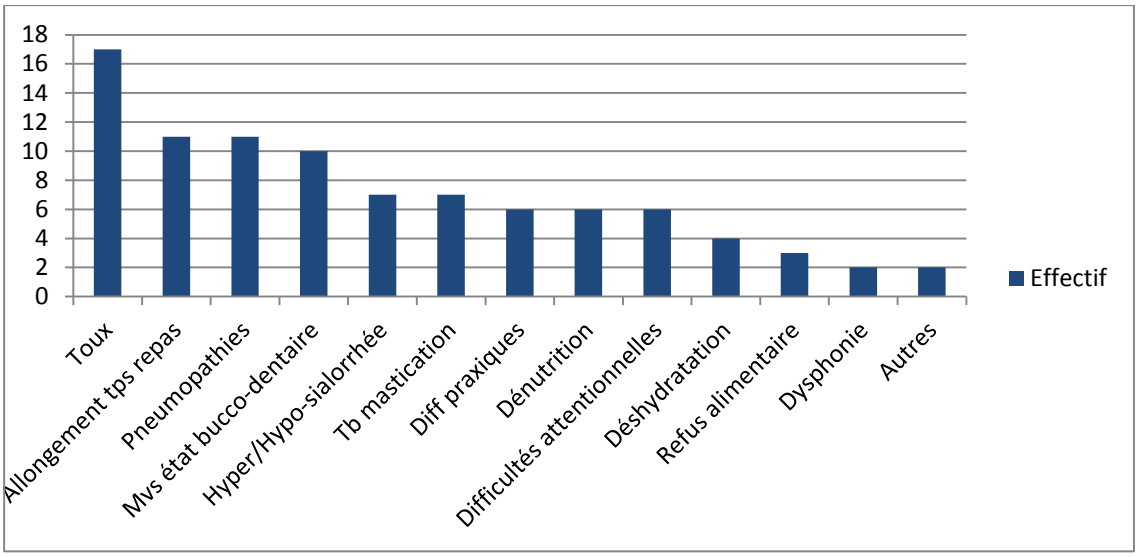


Figure 8 : Réponses des médecins coordonnateurs à la question « Quels symptômes retrouvez-vous le plus fréquemment [chez les résidents dysphagiques] ? »

Pour cette question, les médecins pouvaient cocher plusieurs réponses.

Le symptôme le plus fréquemment cité est la toux (17 médecins sur 19). Viennent ensuite les pneumopathies et l'allongement du temps de repas (11 médecins), et l'altération de l'état bucco-dentaire (10 médecins). Conformément aux données de la littérature (cf. I. 4- E-), les symptômes cités sont donc majoritairement des symptômes « non spécifiques ».

- **Etiologies les plus fréquemment retrouvées (question 2)**

Pour cette question, les médecins pouvaient cocher plusieurs réponses.

La réponse « Neurologique vasculaire » a été cochée 11 fois, la réponse « Neurologique dégénérative » a été cochée 14 fois. La quasi-totalité des médecins ayant répondu évoque donc une étiologie neurologique, en particulier dégénérative. Un seul médecin évoque une étiologie ORL.

b) <u>Données sur la prise en charge de la dysphagie</u>

- **Prescription d'examens complémentaires aux résidents dysphagiques (question 3)**

La majorité des médecins (14 sur 19) affirment que des examens complémentaires sont le plus souvent prescrits aux résidents dysphagiques de leur établissement, 4 affirment le contraire, et 1 n'a pas répondu à cette question.

- **Adaptation des textures (question 6)**

On constate ici que la modification des textures semble être une mesure très couramment employée, puisque la quasi-totalité des médecins ayant répondu au questionnaire affirment qu'un tel régime est « Souvent » mis en place chez les résidents dysphagiques de leur établissement, tant pour les aliments (16 médecins sur 19) que pour les boissons (17 médecins sur 19). On note par ailleurs que parmi les 2 médecins n'ayant coché aucune réponse, un médecin a mentionné à côté de la question : « toujours ». Nous remarquons en effet qu'il aurait été intéressant d'ajouter la réponse « toujours » parmi les réponses au choix.

- **Adaptation des traitements (question 7)**

2 médecins n'ont pas répondu à cette question. 11 médecins (soit plus de la moitié) affirment que cette mesure est souvent utilisée dans leur établissement. 3 médecins déclarent qu'elle est parfois employée, et 3 déclarent qu'elle est rarement employée.

- **Recours à l'alimentation entérale (question 8)**

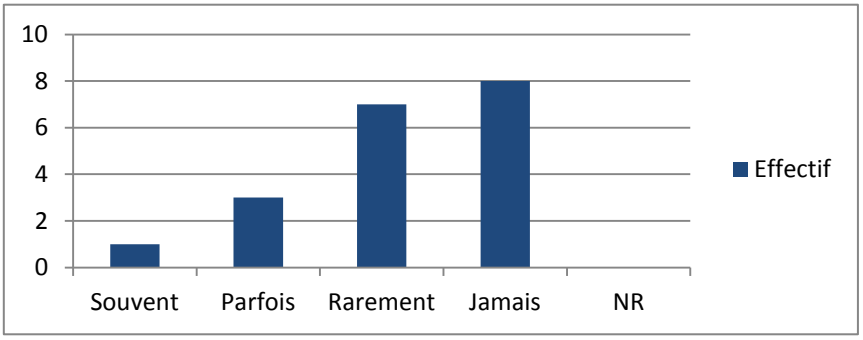


Figure 9 : Réponses des médecins coordonnateurs à la question « Arrive-t-il que des résidents présentant de graves troubles de la déglutition se voient prescrire une alimentation entérale ? »

Conformément à ce qui est décrit dans la littérature, le recours à l'alimentation entérale semble moins faire consensus que les autres mesures, ce qui expliquerait la plus grande

variabilité des réponses à cette question. Cependant, une majorité de médecins (15 sur 19) affirme qu'elle est rarement ou jamais utilisée dans leur établissement.

On peut donc conclure :

Sur le dépistage de la dysphagie *: les chiffres donnés par les médecins coordonnateurs sont le plus souvent en-dessous de ceux donnés par la littérature.* ***Cela pourrait donc confirmer l'hypothèse 1 : « En maison de retraite, la dysphagie a tendance à être sous-dépistée par le personnel soignant et par les médecins. ».*** *De plus, ils sont très hétérogènes, ce qui pourrait s'expliquer par : une hétérogénéité dans le niveau de formation des médecins traitants et des équipes soignantes, et dans les critères diagnostiques utilisés ; une hétérogénéité dans le niveau moyen de dépendance des établissements (GIR).*

Sur la prescription d'examens complémentaires aux résidents dysphagiques *:* ***l'hypothèse 2 (« En maison de retraite, les médecins prescrivent peu d'examens complémentaires aux résidents dysphagiques ») ne semble pas confirmée.***

Sur les mesures de prise en charge de la dysphagie les plus courantes en MR : *si la modification des textures semble très fréquente, les résidents semblent également se voir souvent modifier des traitements pouvant avoir des effets secondaires affectant la déglutition.* ***Ces résultats ne peuvent que confirmer partiellement l'hypothèse 3 : « En maison de retraite, les mesures concernant la prise en charge de la dysphagie portent essentiellement sur la modification des textures ».***

B- Orthophonistes

a) Groupe 1 : orthophonistes prenant en charge des patients dysphagiques en MR

- **Déroulement d'une prise en charge orthophonique de la dysphagie en MR (question 4 de la partie A)**

Les 12 orthophonistes de ce sous-groupe prennent en charge entre 1 et 10 patients dysphagiques en MR par an, soit *environ 5 patients par an et par orthophoniste en moyenne*.

Ces orthophonistes pratiquent ce type de prise en charge *depuis 1 à 15 ans*, soit *depuis environ 6 ans en moyenne*, ce qui est relativement récent.

Sur les 12 orthophonistes de ce groupe, *8 (soit 66%) affirment que la première demande est venue du médecin ou de l'équipe soignante*. 2 seulement disent avoir cherché eux-mêmes à intervenir sur la déglutition de patients qu'ils prenaient initialement en charge pour d'autres troubles.

9 orthophonistes affirment que la prescription émane généralement du *médecin traitant du résident*, et 9 également affirment qu'elle vient du *médecin de la structure* (rappelons que celui-ci est généralement le médecin traitant de certains résidents). 1 seul orthophoniste a choisi la réponse « Autre » et a précisé : « Neurologue ».

Les orthophonistes de ce groupe déclarent voir les patients *entre 1 et 3 fois par semaine*, soit *environ 1,6 fois par semaine en moyenne*. 3 d'entre eux précisent que les séances sont plus fréquentes en début de prise en charge. 1 autre précise qu'il voit parfois le résident tous les jours, dans les situations de fin de vie.

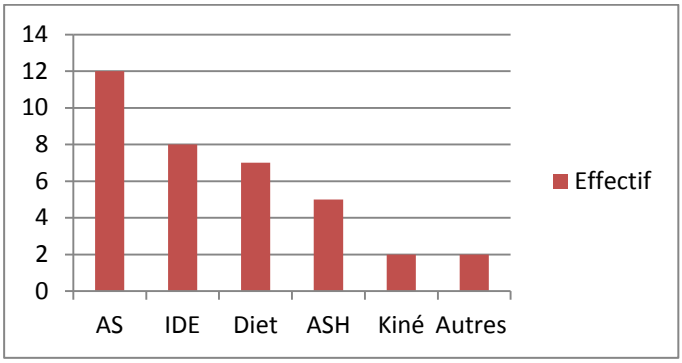


Figure 10 : Réponses des orthophonistes du groupe 1 à la question « Avec quels autres professionnels travaillez-vous dans le cadre de la prise en charge de la dysphagie ? »

Tous les orthophonistes de ce groupe déclarent travailler avec les aides-soignants (AS). Cela confirme donc la remarque que nous avions faite en IV. 2- C-b) (p. 63), à savoir que l'aide-soignant était un interlocuteur de premier plan pour l'orthophoniste. Le diététicien (Diet.) n'est coché que par 7 orthophonistes sur 12. Nous avions omis d'inclure le personnel de cuisine dans la liste des choix possibles, il a toutefois été mentionné par 1 orthophoniste dans la rubrique « Autres ».

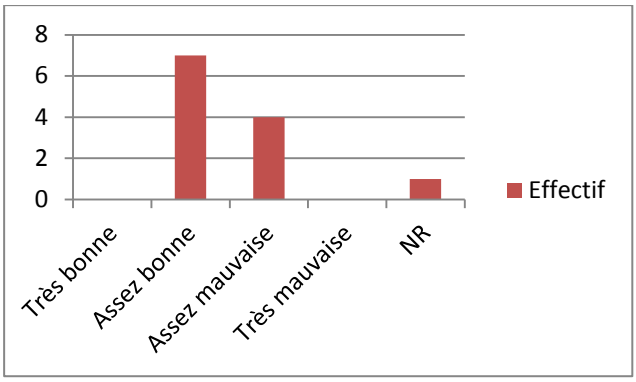


Figure 11 : Réponses des orthophonistes du groupe 1 à la question « Comment estimez-vous la qualité du travail multidisciplinaire avec ces intervenants ? »

La qualité du travail en collaboration avec les autres professionnels semble faire l'objet de réponses mitigées de la part des orthophonistes : si 7 sur 12 l'estiment assez bonne, 4 sur 12 (soit 1/3) l'estiment assez mauvaise. 1 orthophoniste n'a pas répondu à la question.

b) Groupes 2 et 3 : orthophonistes ne prenant pas en charge de patients dysphagiques en MR

- **Raisons pour lesquelles ces orthophonistes ne pratiquent pas ce type de prise en charge (question 3 de la partie A)**

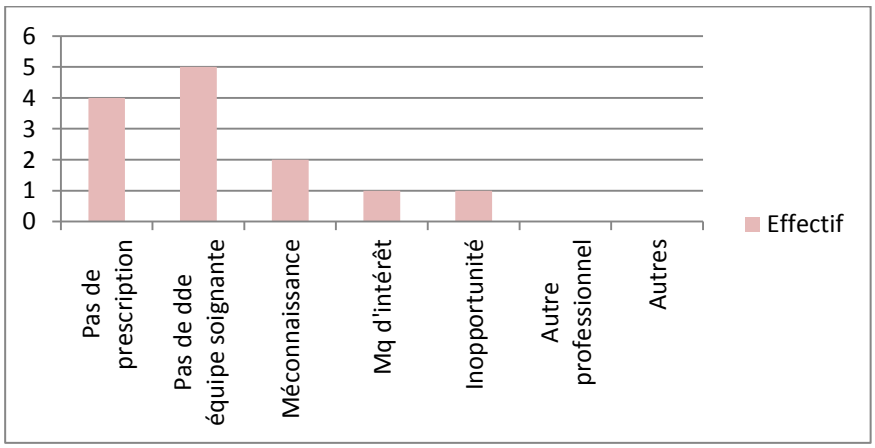


Figure 12 : Réponses des orthophonistes du groupe 2 à la question « Si vous [ne prenez pas en charge de patients dysphagiques en MR], quelles en sont les raisons ? »

Les deux raisons les plus évoquées par les orthophonistes de ce groupe sont *l'absence de demande de l'équipe soignante* (5 orthophonistes sur 5) et *l'absence de prescription* (4 orthophonistes sur 5). La réponse « Méconnaissance de cette pathologie ou peur de cette rééducation » est également choisie par 2 orthophonistes. Cette réponse est en concordance

avec celle de la majorité des orthophonistes du groupe 1, qui affirment que la première demande vient du médecin ou du personnel de l'établissement.

✓ *Notons qu'il aurait été intéressant de savoir pourquoi les orthophonistes du groupe 3 ne pratiquaient pas cette prise en charge, mais malheureusement nous nous sommes aperçus que le questionnaire, tel que nous l'avions conçu, n'incluait pas cette question.*

- **En cas de demande, ces orthophonistes seraient-ils prêts à réaliser ce type de prise en charge ? (question 1 de la partie D)**

L'ensemble des 10 orthophonistes composant les groupes 2 et 3 répond positivement à cette question : si on le leur demandait, ils/elles réaliseraient cette prise en charge.

- **De quelle façon ces orthophonistes réaliseraient-ils/elles cette prise en charge ? (questions 2 à 4 de la partie D)**

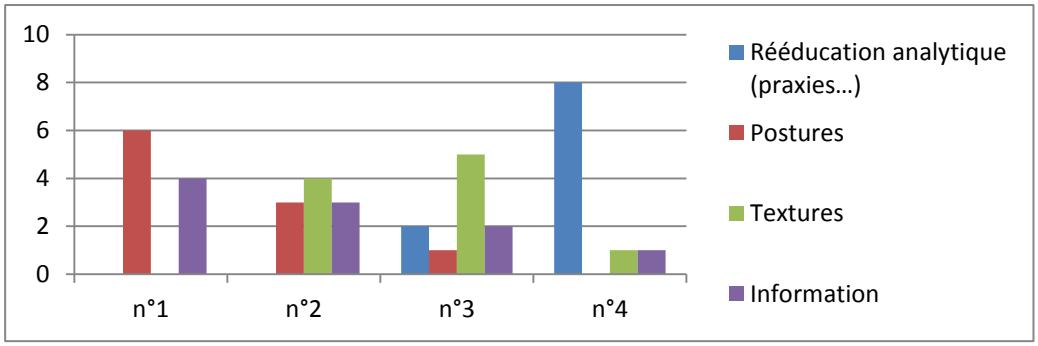


Figure 13 : Réponses des orthophonistes des groupes 2 et 3 à la question « Quelles seraient vos priorités [dans la prise en charge d'un patient dysphagique en MR] ? »

La rééducation « analytique » (praxies et autres) est placée en dernière intention par 8 orthophonistes, et en 3e position par les autres : elle ne semble donc pas être une priorité selon eux. La mise en place de postures de sécurité est placée en première intention par 6 orthophonistes sur 10. L'adaptation des textures occupe la 3e (5 orthophonistes) ou la 2e place (4 orthophonistes). L'information du patient et de son entourage familial et professionnel occupe la première place pour 6 orthophonistes, et la deuxième place pour 3 orthophonistes.

✓ *Il ressort donc que, si ces orthophonistes prenaient en charge des patients dysphagiques en MR, ils/elles accorderaient une large place à l'information et à la mise en place de*

postures de sécurité (qui nécessite également une communication avec les soignants) ; en revanche, la rééducation « analytique » classique ne semblerait pas être leur priorité.

Par ailleurs, l'ensemble des 10 orthophonistes de ces 2 groupes affirme qu'il lui semblerait important d'assister régulièrement à des repas pour un meilleur suivi, même si 3 d'entre eux précisent que cela serait compliqué à mettre en place dans la pratique libérale.

L'ensemble de ces orthophonistes affirme également le besoin d'avoir des contacts réguliers avec le personnel de la structure, que ce soit par des transmissions régulières (pour 5 d'entre eux) ou sous la forme d'interventions plus ponctuelles auprès du personnel (1 à 2 fois par an) pour 3 d'entre eux.

✓ *Notons qu'il aurait également été intéressant de connaître les réponses des orthophonistes du groupe 1 par rapport à ces dernières questions ; malheureusement, le questionnaire, tel que nous l'avons conçu, n'incluait pas cette question.*

c) <u>Place de la dysphagie dans la formation des orthophonistes ayant répondu au questionnaire (questions de la partie B)</u>

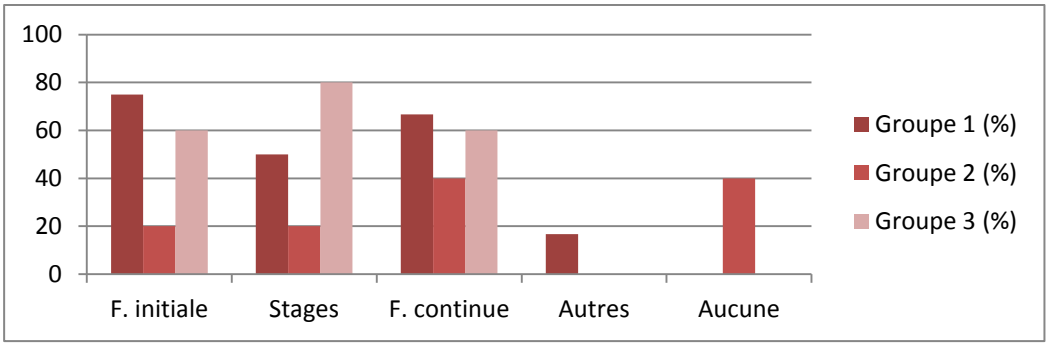


Figure 14 : Synthèse des réponses (en pourcentages) des orthophonistes aux questions portant sur leur formation dans le domaine de la dysphagie[8]

Le graphique ci-dessus permet, malgré l'échantillon restreint imposant la prudence dans les analyses, d'émettre plusieurs remarques :

✓ Les 2 seuls orthophonistes déclarant n'avoir aucune formation sur la dysphagie appartiennent au groupe 2, c'est-à-dire aux orthophonistes intervenant en MR sans y prendre en charge de patients dysphagiques.

[8] NB : La rubrique « Autres » désigne les autres moyens de formation tels que les lectures, les discussions avec des collègues…

- ✓ Ce même groupe 2 est le groupe au sein duquel les orthophonistes semblent avoir été le moins formé(e)s sur la dysphagie, que ce soit dans leur formation initiale, leurs stages ou leur formation continue.

Ces résultats laisseraient penser qu'il existe un lien entre le manque de formation des orthophonistes sur la dysphagie, et le fait que des orthophonistes intervenant déjà en MR n'y prennent pas en charge ce trouble. En revanche, les orthophonistes du groupe 2 semblent, eux, bien formés dans le domaine, bien qu'ils ne prennent pas en charge de patients dysphagiques en MR : ce lien n'est donc pas vérifiable dans ce groupe.

Par ailleurs, un orthophoniste du groupe 1 fait remarquer que, suite à la demande de la MR de prendre en charge des résidents, il s'est lui-même formé sur la dysphagie. Cela laisse donc penser que, s'il y avait une demande de l'établissement concernant la prise en charge de la dysphagie, les orthophonistes du groupe 2 se formeraient peut-être, d'autant plus que, selon leur réponse à la question D-1, ils semblent disposés à répondre à une telle demande.

Conclusions sur l'analyse des réponses des orthophonistes :

L'hypothèse 10 (« En maison de retraite, l'orthophoniste intervient peu dans la prise en charge de la dysphagie car il y a peu de prescription du médecin, et/ou peu de demandes de la part des soignants ») est confirmée *car :*

- *L'absence de demande de la part des médecins ou des équipes soignantes est, au dire des 5 orthophonistes du groupe 2, la première raison pour laquelle ils ne prennent pas en charge de résidents dysphagiques en MR.*
- *Les 10 orthophonistes des groupes 2 et 3 se disent tous prêts à répondre à une telle demande, si elle leur était faite.*

En revanche, ***l'hypothèse 12 (« En maison de retraite, l'orthophoniste intervient peu dans la prise en charge de la dysphagie car il (elle) est souvent peu formé(e) à la spécificité de cette prise en charge ») ne semble pas pouvoir être confirmée. En effet :***

- *Au vu des données dont nous disposons, le manque de formation des orthophonistes dans le domaine de la dysphagie ne semble pas être une réelle cause au fait qu'ils ne prennent pas en charge de résidents dysphagiques en MR.*

- *Les 10 orthophonistes des groupes 2 et 3 semblent être bien conscients des enjeux et des priorités qui s'imposent face à un patient dysphagique en M, bien que ne pratiquant pas cette prise en charge.*

Il est également intéressant de noter que les AS semblent être des interlocuteurs importants pour l'orthophoniste prenant en charge des résidents dysphagiques en MR.

C- Soignants en maison de retraite[9]

a) Connaissances sur la dysphagie des soignants ayant répondu, et attitudes au quotidien

- **Questions a) 1 à a) 7 de la partie A**

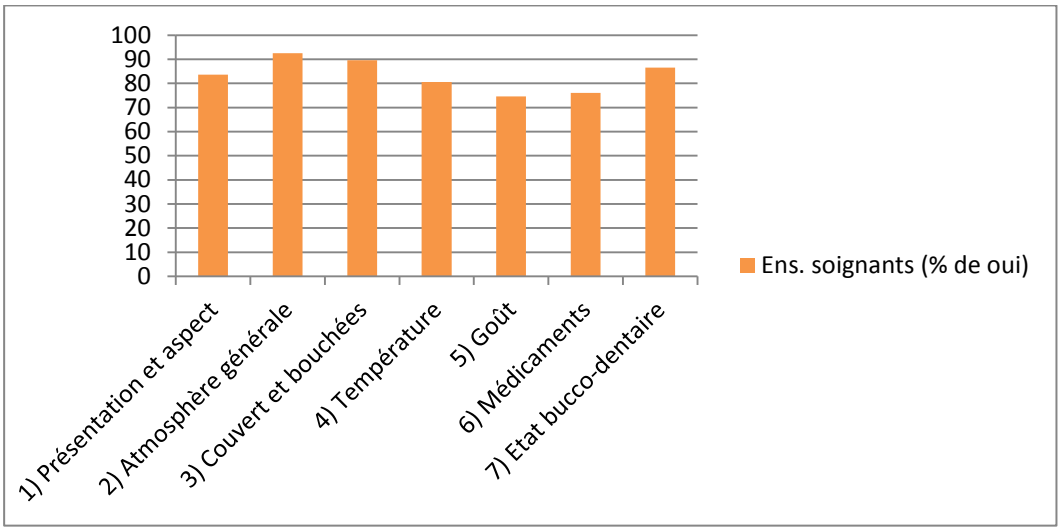


Figure 15 : Synthèse des réponses des soignants aux questions a) 1 à a) 7 de la partie A

Ces questions oui/non visaient à savoir si le soignant s'était déjà interrogé sur certaines situations concrètes, et avait éventuellement pu remarquer si des paramètres tels que la présentation et l'aspect des plats, l'atmosphère générale, la taille des bouchées et la présentation du couvert, la température, le goût, l'effet de certains médicaments, ou encore l'état bucco-dentaire, pouvaient avoir une influence sur le déroulement des repas et la déglutition des patients. *Il semble que la majorité des répondants (entre 74 et 92%) aient déjà*

[9] Dans l'analyse, nous n'avons distingué les résultats des différents groupes de profession uniquement quand ceux-ci présentaient des différences importantes entre eux.

remarqué de tels effets, même si nous nous interrogeons sur le fait que nous ayons pu induire certaines réponses.

- **Questions b) 1 de la partie A (cf. graphiques en annexe) : Quels sont les signes qui vous font suspecter un trouble de déglutition chez un patient, pendant les repas et en-dehors des repas ?**[10]

« Pendant les repas » : De façon générale, on observe une hétérogénéité importante des réponses entre les différentes professions. Les répondants évoquent en priorité la toux (71%), et 14% d'entre eux n'évoquent que ce symptôme. Par ailleurs, 40% des répondants n'évoquent que des signes renvoyant à une fausse route aigüe avec étouffement : cyanose, toux, gêne respiratoire, sueurs… Les ASHQ sont particulièrement nombreux à n'évoquer que ces signes (60%). Les AS sont ceux qui évoquent le plus une notion de blocage, d'absence de déglutition ou de nourriture recrachée (68% contre 44% de l'ensemble des répondants), et ceux qui donnent le moins de réponses comprenant uniquement la toux (8% contre 14% de l'ensemble des répondants). Seuls 17% des répondants évoquent des troubles du comportement alimentaire.

« En-dehors des repas » : On observe également une hétérogénéité entre les différentes professions. On note également qu'une grande proportion d'AS (28%) et d'ASHQ (66%) n'a pas répondu à cette question. 17% des répondants ne mentionnent que des éléments similaires à la partie « Pendant », souvent sans évoquer la notion de complications respiratoires ou nutritionnelles. On constate donc que, pour un certain nombre de ces soignants, être dysphagique signifie uniquement « avaler de travers » au moment de la prise d'aliments ou de boissons, mais ils semblent peu conscients que ces troubles peuvent avoir des complications à bas bruit, sur le long terme. Les complications respiratoires sont cependant mentionnées par de nombreux IDE (68% contre 29% de l'ensemble des soignants) ; aucun ASHQ ne les évoque. La dénutrition et la déshydratation sont très peu évoquées (respectivement 4% et 1% de l'ensemble des soignants).

- ✓ *On constate que la pertinence des réponses diffère selon les professions et le moment évoqué (pendant ou en-dehors des repas) : pendant les repas, les réponses les plus*

[10] Pour l'ensemble des questions ouvertes, les graphiques et grilles d'analyse sont présentés dans l'annexe 7.

pertinentes sont fournies par les AS, qui évoquent de nombreux signes en-dehors de la toux, comme les blocages ou l'absence de déglutition. En revanche, en-dehors des repas, les IDE sont nombreux à évoquer les infections pulmonaires, contrairement aux autres professionnels que cette question semble laisser perplexes. Ces éléments sont importants pour un(e) orthophoniste qui interviendrait en MR : selon les informations qu'il (elle) souhaite obtenir, il (elle) ne devra pas se tourner vers les mêmes professionnels. Par ailleurs, on note, de façon générale, des réponses beaucoup plus approximatives chez les ASHQ qui sont moins formés.

- ✓ *Enfin, de façon générale, ce sont davantage la toux et les épisodes de FR aigües qui interpellent les soignants, tandis que des complications à bas bruit (pulmonaires, nutritionnelles) sont peu mentionnées et semblent moins attirer leur attention.*

- **Connaissance de l'existence de FR silencieuses (question b) 2 de la partie A), et connaissances relatives au régime particulier des patients dysphagiques (question c) 3 de la partie A)**

68% des répondants affirment connaître l'existence de FR silencieuses. En revanche, on constate que la proportion de répondants qui en connaissent l'existence diminue avec le niveau de formation initiale des professionnels : 25% des IDE affirment ne pas connaître l'existence de ce type de FR, 38% des AS et AMP, et 40% des ASHQ. Toutefois nous ne savons pas si cette différence est significative.

Pour ce qui est des raisons du régime particulier des patients dysphagiques (cf. graphique et grille de lecture en annexe), 50% des répondants donnent des réponses vagues, telles que « pour faciliter la déglutition », « pour éviter les FR ». Toutefois, ce sont les IDE qui en donnent le moins (43%). 25% des répondants affirment qu'ils ne savent pas, ou ne répondent pas à la question. Les autres types de réponses sont présents en beaucoup moins grande proportion : 4% des répondants évoquent les difficultés à mastiquer, 4% parlent du fait que les morceaux seraient « irritants » pour les patients, 5% (13% des ASHQ) évoquent une meilleure descente des aliments vers l'œsophage, 2% mentionnent le fait que l'absence de morceaux évite l'obstruction des voies respiratoires.

- ✓ *De façon générale, on peut conclure que les raisons de la modification de l'alimentation chez les patients dysphagiques sont mal connues par les soignants, dont les réponses*

souvent vagues témoignent d'un manque de connaissance de la physiologie de la déglutition. Ce manque de connaissances risque d'avoir pour conséquence une mauvaise application des consignes relatives aux aliments autorisés et interdits, par manque de compréhension.

C'est ce que confirment les réponses à la question suivante : « Avez-vous parfois des difficultés à savoir quels aliments sont autorisés ou interdits chez certains de ces patients [dysphagiques] ? ». En effet, 59% des répondants affirment être parfois en difficulté pour savoir si un aliment est autorisé ou interdit chez un patient. 35% affirment ne pas l'être. 4% n'ont pas répondu à la question. Cela confirme donc les réponses à la question précédente.

- **Attitudes dans des situations concrètes (questions c) 1, c) 2 et c) 4 de la partie A)**

En ce qui concerne la position du patient pendant l'alimentation[11], 80% des répondants évoquent la position assise, et 38% donnent des réponses telles que « Dos droit » ou « Bien droit ». 50% des IDE et 44% des AS ayant répondu au questionnaire mentionnent que la tête du patient est penchée en avant, qu'elle soit « légèrement » penchée ou que le menton soit complètement « fléchi en avant ». En revanche, aucun ASHQ n'évoque cette posture de sécurité. Mais ceux-ci insistent davantage sur la notion de confort à table : 20% d'entre eux utilisent des formules telles que « à bonne hauteur », « en face de ses aliments », contre 8% de l'ensemble des soignants. 7% des répondants abordent la position de l'aidant. Enfin, 14% des répondants emploient des formules vagues, difficilement analysables, telles que « en bonne position » ou « bien assis », notamment 16% des AS et 20% des ASHQ.

✓ *Ces résultats montrent que les répondants semblent méconnaître les postures de sécurité ; ils sont en tout cas peu nombreux à les évoquer spontanément. De nombreuses réponses restent vagues, probablement du fait d'un manque de formation et de « recul » sur ces actes routiniers que les soignants semblent avoir du mal à décrire précisément.*

En réponse à la question « Si un patient avale de travers et s'étouffe, que faites-vous ? », les répondants évoquent en priorité la manœuvre de Heimlich (64%) et les tapes dans le dos (59%). 11% seulement précisent qu'ils penchent le patient en avant avant de lui taper dans le dos. 10% seulement des répondants précisent que leur attitude est différente selon que la

[11] cf. annexe 7

patient tousse ou non, principalement des IDE. Le fait de vider la bouche est mentionné par 18% des IDE et 24% des AS ayant répondu au questionnaire. Les IDE évoquent plus que les autres : le recours à l'aspiration (25% contre 10% de l'ensemble des soignants), et le fait d'inciter le patient à tousser et cracher (25% contre 11% de l'ensemble des soignants). 15% des soignants non IDE précisent qu'ils appellent l'IDE dans cette situation. On note également des réponses qui ne correspondent pas à la physiologie de la déglutition, notamment celle d'un soignant qui propose au patient de boire.

✓ *La majorité des soignants évoque la manœuvre de Heimlich. Dans ce genre de situation, l'IDE semble être une personne-ressource pour les soignants. De fait, les réponses des IDE sont, dans l'ensemble, plus précises.*

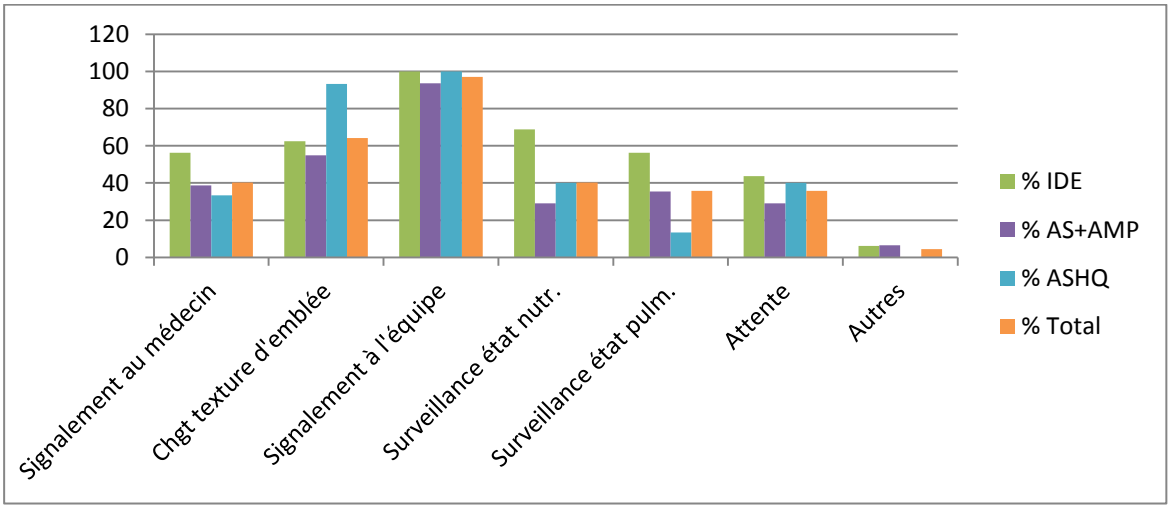


Figure 16 : Synthèse des réponses des soignants à la question « Au cours d'un repas, vous avez des soutes sur la présence de FR chez un patient. Que faites-vous ? »

En cas de doutes sur la présence de FR chez un patient, la quasi-totalité des répondants (97%) a coché la réponse « Vous le signalez au reste de l'équipe ». 64% ont choisi la réponse « Vous changez d'emblée la texture des aliments et boissons, par précaution », et notamment 93% des ASHQ. Les IDE ont, plus fréquemment que les autres, coché les réponses suivantes : « Vous le signalez au médecin » (56% contre 40%), « Vous surveillez l'état nutritionnel du patient » (68% contre 40%), « Vous surveillez l'état pulmonaire du patient » (56% contre 35%).

✓ *On note l'importance que revêt, pour les répondants, la communication au sein de l'équipe soignante. Dans une telle situation, les IDE semblent jouer un rôle important dans la communication avec le médecin, ainsi que dans la surveillance des complications respiratoires et nutritionnelles de la dysphagie.*

✓ *On note également qu'un nombre important de répondants, et notamment d'ASHQ (qui ont moins de formation initiale), dit changer d'emblée les textures par précaution.*

b) Vécu des soignants ayant répondu au questionnaire face à la prise en charge de la dysphagie

- **Difficultés lors de la prise des médicaments (question c) 5 de la partie A)**

55% des répondants affirment être parfois en difficulté lors de la prise des médicaments par les résidents dysphagiques, 19% affirment l'être parfois, 16% souvent, et 2% jamais.

- **Place de la dysphagie dans la démarche de soins (question d) 1 de la partie A)[12]**

89% des répondants affirment que la dysphagie tient une place prioritaire dans leur démarche de soins, 4% une place secondaire et 1% une place accessoire. 2 soignants (4%) n'ont pas répondu à la question.

Il était ensuite demandé aux soignants de justifier leur réponse. Nous nous sommes principalement attachés à l'analyse des justifications des 61 soignants ayant répondu « Prioritaire » à la première partie de la question, les justifications des 4 autres soignants présentant un intérêt moindre. Tout d'abord, 14% de ces 61 soignants[13], et en particulier 28% des ASHQ, n'ont pas justifié leur réponse. La justification la plus évoquée est la notion de sécurité du résident et de risque vital (36%, et en particulier 50% des ASHQ). Viennent ensuite la notion de gravité des complications nutritionnelles (24%, en particulier 42% des IDE), puis la notion de bien-être du résident, de qualité de vie (22%, en particulier 34% des AS qui évoquent plus souvent cette notion que la notion de risque vital). 11% des répondants expliquent que l'alimentation a une place primordiale dans le soin aux personnes âgées. Sont également évoquées la gravité des complications : respiratoires (14%), cutanées (9%), et l'altération de l'état général entraînée par la dysphagie (8%).

✓ *Ces réponses sont intéressantes à plus d'un titre. Tout d'abord, elles montrent toute l'importance que les répondants attachent à la prise en charge des troubles de la déglutition. De plus, on remarque que, selon les différentes professions, ce ne sont pas les*

[12] cf. annexe 7

[13] Dans ce paragraphe, toutes les données en pourcentage sont calculées à partir des réponses des 61 soignants ayant répondu « Prioritaire ».

mêmes aspects qui sont le plus mis en avant : tandis que les IDE citent beaucoup les complications nutritionnelles, les AS évoquent davantage le confort du résident, tandis que les ASHQ citent beaucoup le risque vital.

✓ *De plus, on constate qu'un certain nombre de répondants évoque des complications (nutritionnelles, pulmonaires, cutanées), alors que ces dernières avaient été très peu citées dans la question portant sur les « signes d'alerte » de la dysphagie.*

- **Anxiété et sentiment d'être démuni (questions d) 2 à d) 4 de la partie A)**

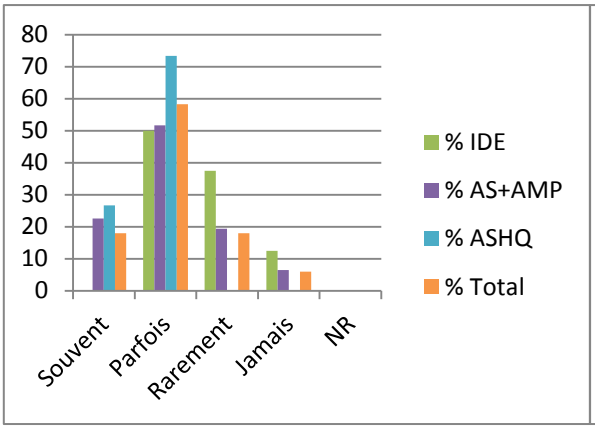


Figure 17 : Synthèse des réponses des soignants à la question « Vous arrive-t-il d'être anxieux par rapport au risque de FR ? »

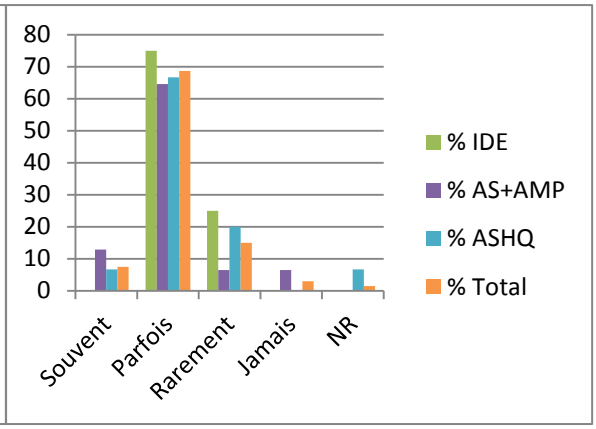


Figure 18 : Synthèse des réponses des soignants à la question « Vous arrive-t-il de vous sentir démuni quand les repas se passent mal avec un patient dysphagique ? »

Au total, 75% des répondants affirment être parfois ou souvent anxieux par rapport au risque de FR, et 75% également affirment avoir parfois ou souvent le sentiment d'âtre démuni quand les repas se passent mal avec un résident dysphagique.

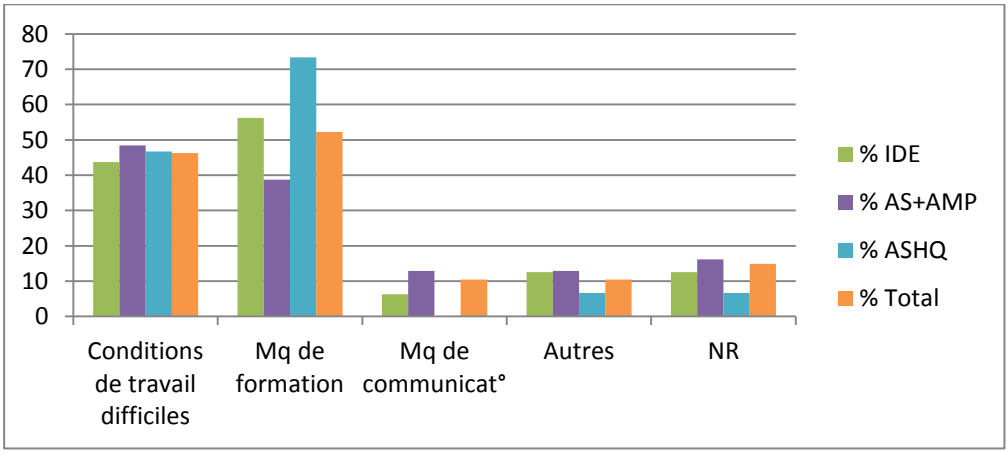


Figure 19 : Synthèse des réponses des soignants à la question portant sur les raisons de cette anxiété et de ce sentiment d'être démuni[14]

Les deux raisons les plus cochées par les répondants sont le manque de formation (52%, et notamment 73% du groupe des ASHQ), et les conditions de travail difficiles (46%).

- **Quelle est la chose qui vous paraît la plus difficile dans la prise en charge des patients dysphagiques ? (question d) 5 de la partie A)[15]**

Etant donné que 28% des répondants n'ont pas répondu à cette question, nous avons exprimé la fréquence de chaque type de réponse en pourcentage des soignants ayant répondu à cette question, et non en pourcentage de l'ensemble des soignants. Les 48 soignants qui ont répondu à cette question évoquent en priorité *la peur des FR et le risque vital (20%)*. On note aussi que la fréquence de cette réponse semble augmenter chez les soignants ayant un moindre niveau de formation initiale : de 14% dans le groupe des IDE, elle passe à 22% chez les AS et 33% chez les ASHQ ayant répondu à cette question. Le deuxième élément le plus évoqué est *la difficulté à adapter les textures tout en conservant au résident le plaisir de manger (18%)*. Enfin, 14% des soignants qui ont répondu à cette question évoquent *la difficulté à gérer les troubles du comportement alimentaire*. Le fait de devoir être vigilant pendant tout le repas du résident, ainsi que la difficulté à expliquer à celui-ci pourquoi il mange différemment, sont citées par 12% des soignants ayant répondu à la question. 10% évoquent le manque de temps.

Conclusions de l'analyse des réponses des soignants :

L'hypothèse 3(« En maison de retraite, les mesures concernant la prise en charge de la dysphagie portent essentiellement sur la modification des textures, parfois par excès ») peut être confirmée *par le fait qu'un grand nombre des soignants ayant répondu à ce questionnaire préfère changer d'emblée les textures en cas de doute sur la déglutition d'un résident.*

[14] Cette question avait été initialement posée uniquement aux soignants ayant coché les réponses « Souvent » ou « Parfois » à au moins l'une des questions précédentes, cependant un grand nombre d'entre eux ont répondu à cette question sans remplir cette condition ; c'est pourquoi nous avons choisi de l'analyser comme si elle avait été posée à l'ensemble des soignants.

[15] cf. annexe 9

Les réponses des soignants quant à leurs connaissances sur la dysphagie et leurs attitudes au quotidien permettent de confirmer ***les hypothèses 6 (« Les soignants travaillant en MR manquent souvent de connaissances théoriques de base sur la dysphagie ») et 7 (« Ce manque de connaissances induit des comportements qui sont parfois plus liés à des idées reçues qu'à la réalité de la physiologie de la déglutition »).***

L'hypothèse 5(« Le manque de formation des soignants fait qu'ils se sentent souvent démunis et anxieux face à la dysphagie ») peut elle aussi être confirmée : *les soignants ayant répondu au questionnaire se disent fréquemment anxieux et démunis face à la dysphagie, et le manque de formation est la première cause qu'ils évoquent pour cela.*

Il est également intéressant de constater que, selon leur profession, les soignants portent des regards différents sur la dysphagie et sa prise en charge. par ailleurs, on note à plusieurs reprises que ceux qui ont le plus faible niveau de formation initiale semblent être ceux qui sont le plus en difficulté face aux résidents dysphagiques.

D- Analyses comparées

a) La connaissance du rôle de l'orthophoniste par les médecins coordonnateurs et les soignants

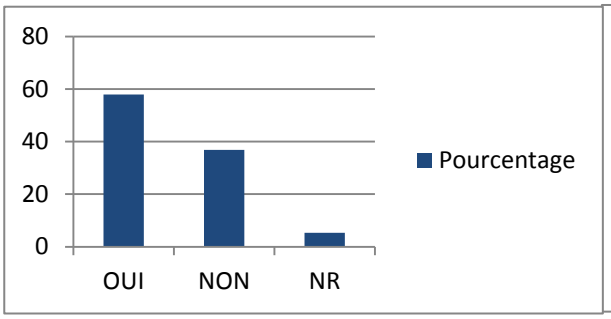


Figure 20 : Réponses des médecins coordonnateurs à la question « Connaissez-vous le rôle que peut jouer l'orthophoniste dans l'information du personnel soignant [dans le cadre de la prise en charge de la dysphagie] ? »

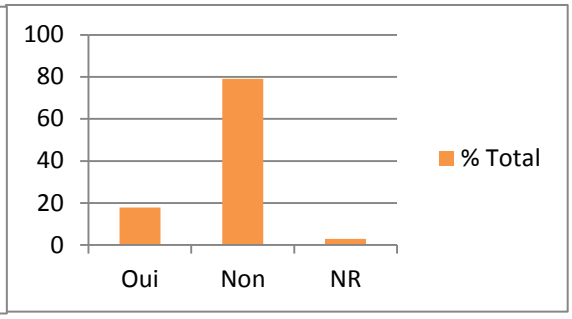


Figure 21 : Réponses des soignants à la question « Connaissez-vous le rôle de l'orthophoniste auprès d'un patient dysphagique ? »

Parmi les médecins ayant répondu au questionnaire, 57% affirment connaître le rôle de l'orthophoniste auprès du personnel soignant dans la prise en charge de la dysphagie, tandis que 36% affirment ne pas le connaître. En revanche, seulement 17% des soignants ayant

répondu au questionnaire affirment connaître le rôle de l'orthophoniste, et 79% affirment ne pas le connaître.

- ✓ *Parmi les professionnels ayant répondu au questionnaire, les médecins coordonnateurs semblent mieux connaître le rôle de l'orthophoniste que les soignants. Cependant, ce rôle semble encore méconnu par une large part de ces deux professions. Cependant, on note que les deux questions diffèrent légèrement de par leur formulation, puisque celle qui s'adresse aux médecins parle du rôle de l'orthophoniste auprès du personnel soignant dans la prise en charge de la dysphagie, alors que celle qui s'adresse aux soignants parle du rôle de l'orthophoniste auprès d'un patient dysphagique. Il faut donc être prudent dans leur comparaison.*

b) L'intervention de l'orthophoniste vue par les différents professionnels concernés

- **Médecins coordonnateurs : Prescription d'un bilan orthophonique (question 3), raisons de la non-prescription d'un bilan orthophonique (question 4), et existence d'une rééducation orthophonique (question 5)**

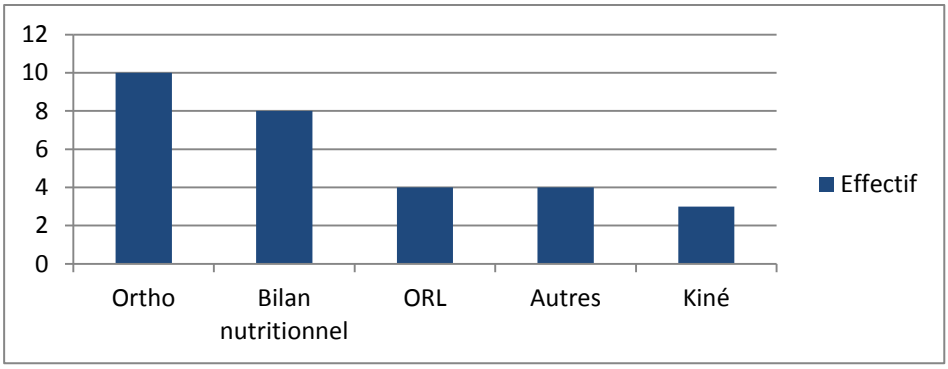


Figure 22 : Réponses des 19 médecins coordonnateurs à la question portant sur la nature des examens complémentaires prescrits aux résidents dysphagiques dans leur établissement

10 médecins sur 19 affirment qu'un bilan orthophonique est prescrit aux résidents dysphagiques dans leur établissement. Le bilan orthophonique est l'examen complémentaire le plus coché par les médecins coordonnateurs dans la liste que nous avions proposée, avant le bilan nutritionnel (8 médecins) et le bilan ORL (4 médecins). Toutefois, plusieurs parmi eux ont précisé qu'en réalité cela arrivait assez rarement, et ont donc également répondu à la question 4.

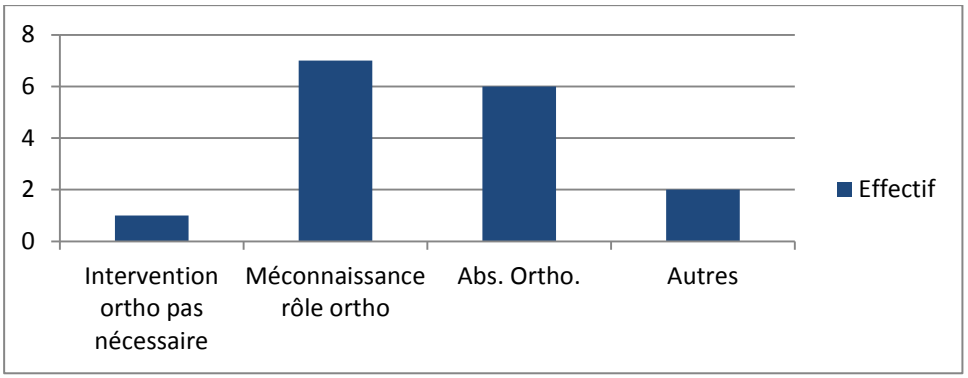


Figure 23 : Réponses des médecins coordonnateurs à la question « Si un bilan orthophonique n'est pas prescrit, quelles en sont les raisons ? »

14 médecins ont répondu à cette question (cf. ci-dessus). La première raison qu'ils évoquent est la méconnaissance du rôle de l'orthophoniste, suivie de la difficulté à trouver un(e) orthophoniste se déplaçant en MR et/ou prenant en charge la déglutition.

A la question « Si un bilan orthophonique est prescrit, est-il suivi d'une rééducation ? », 11 médecins ont répondu oui, soit un de plus que le nombre de médecins ayant répondu qu'un bilan orthophonique était généralement prescrit dans leur établissement. Cependant, la plupart précisent que ce fait est rare voire très rare. Les réponses à la question suivante, portant sur l'efficacité de cette rééducation, seront donc à interpréter avec prudence.

- **Soignants en MR : « Y a-t-il un(e) orthophoniste qui intervient dans votre structure auprès des résidents dysphagiques ? » (question 2 de la partie C)**

71% des soignants ayant répondu au questionnaire affirment qu'il n'y a pas, dans leur structure, d'orthophoniste qui intervient auprès des résidents dysphagiques, 18% affirment qu'il y en a un(e), et 2% ne répondent pas à la question.

- **Les résultats de l'intervention de l'orthophoniste**

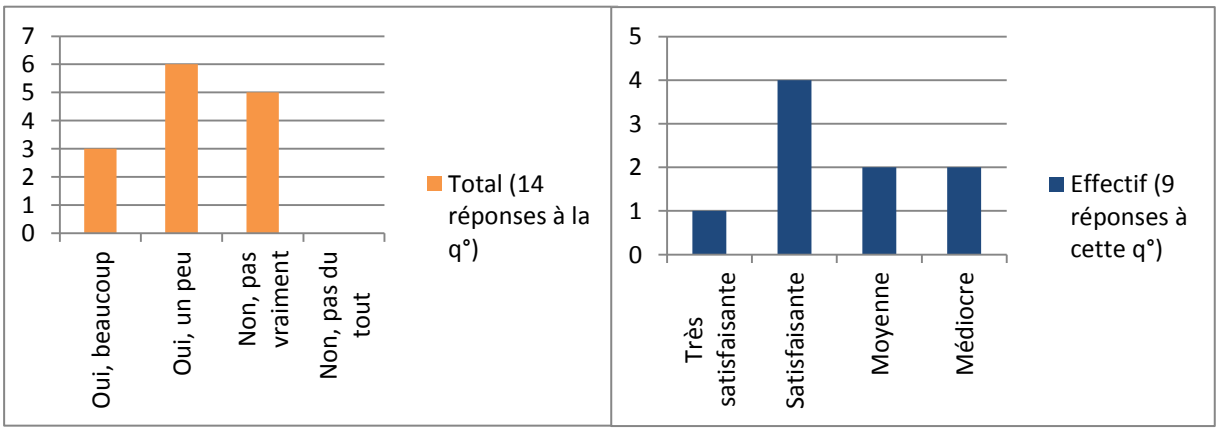


Figure 25 : Réponses des soignants à la question : « [Si un(e) orthophoniste intervient dans votre structure pour la prise en charge des résidents dysphagiques], sentez-vous que cette intervention vous aide ? »

Figure 24 : Réponses des médecins coordonnateurs à la question « [Si des résidents dysphagiques bénéficient d'une rééducation orthophonique], que pensez-vous de l'efficacité de cette rééducation ? »

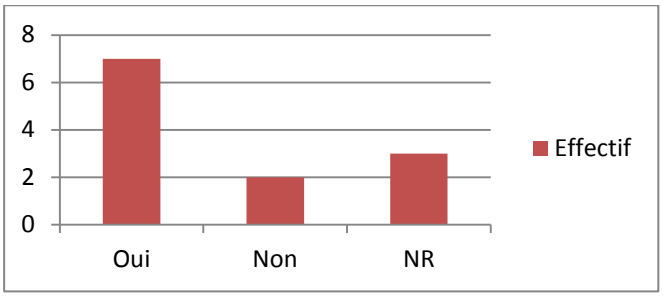


Figure 26 : Réponses des orthophonistes du groupe 1 à la question « Depuis que vous intervenez [en MR] autour de la dysphagie, trouvez-vous que la prise en charge de ce trouble par le personnel soignant est meilleure ? »

9 soignants sur 14[16], soit environ 64%, estiment que l'intervention de l'orthophoniste auprès des résidents dysphagiques les aide beaucoup à un peu à mieux prendre en charge ce trouble. 5 soignants sur 14 (soit 35%) ne s'estiment pas vraiment aidés par cette intervention.

5 médecins coordonnateurs sur 9 (soit environ 55%) estiment la rééducation orthophonique très satisfaisante à satisfaisante auprès des résidents dysphagiques. 4 médecins sur 9 (soit 44% environ) l'estiment moyenne à médiocre.

Quant aux orthophonistes, 7 des 12 orthophonistes du groupe 1 (soit environ 58%) estiment que leur intervention a amélioré la prise en charge de la dysphagie par le personnel soignant. 2 seulement (soit 16%) estiment qu'elle ne l'a pas améliorée, et 3 (25%) n'ont pas répondu à la question. Notons qu'il aurait pu être intéressant de poser cette question de la même façon que pour les soignants, c'est-à-dire en introduisant un choix multiple (oui, beaucoup / oui, un peu / non, pas vraiment / non, pas du tout).

- ✓ *Au total, 60% des 35 professionnels concernés par cette question émettent un avis favorable sur les résultats de l'intervention de l'orthophoniste en MR auprès des résidents dysphagiques, et 34% émettent un avis défavorable. Cependant, nous restons très prudents dans nos analyses, compte tenu du faible nombre de professionnels ayant répondu à ces questions, et du fait que ce résultat n'est peut-être pas significatif statistiquement.*

[16] Pour les soignants et les médecins coordonnateurs, nous obtenons davantage de réponses pour la présente question sur l'efficacité de l'intervention orthophonique, que de réponses positives aux questions précédentes sur l'existence d'une intervention orthophonique dans l'établissement.

- **Attentes des soignants quant à une éventuelle intervention de l'orthophoniste**

Près de la moitié (49,25%) des 67 soignants ayant participé à l'étude n'ont pas répondu à cette question. Etant donné que seulement 11% d'entre eux avaient affirmé qu'une intervention orthophonique autour de la dysphagie existait dans leur structure, cela nous laisse penser qu'un grand nombre de soignants n'a pas répondu car ils connaissaient mal le rôle de l'orthophoniste et ne pouvaient donc pas savoir si une telle intervention pouvait être utile. Cependant, 49,25% de ces 67 soignants estiment qu'une intervention orthophonique serait utile. Seuls 1,5% estiment qu'elle ne serait pas utile.

40% des 67 soignants n'ont pas répondu à la suite de cette question : « Si oui, qu'attendriez-vous de son intervention ? »[17] : ce pourcentage important de non-réponses peut s'expliquer par les raisons citées plus haut. De plus, parmi les 40 soignants qui y ont répondu, 22,5% affirment ne pas savoir ce qu'ils attendraient d'une intervention de l'orthophoniste. 35% des 40 soignants ayant répondu à la question affirment qu'ils attendraient une formation, des informations sur la dysphagie de la part de l'orthophoniste. 20%[18] disent attendre des conseils pratiques, et 17,5% attendent de l'orthophoniste qu'il (elle) soit un soutien pour l'équipe, qu'il (elle) travaille en équipe avec eux. Une fois de plus, on observe une grande disparité entre les réponses, en particulier en fonction des différentes professions. Ainsi, la réponse la plus citée par les IDE est la formation du personnel (72%), tandis que la demande la plus évoquée par les AS et AMP est l'explication du rôle de l'orthophoniste (25%), et que la réponse la plus citée par les ASHQ est le suivi du patient (25%).

- ✓ *Ainsi, du fait de leur méconnaissance du rôle de l'orthophoniste dans le domaine de la dysphagie, les soignants ayant participé à l'étude semblent indécis quant à ce qu'ils peuvent attendre d'une telle intervention. La formation des soignants, les conseils pratiques et le soutien de l'équipe semblent être leurs demandes principales face à une intervention de l'orthophoniste.*

[17] cf. annexe 7

[18] Ce pourcentage, ainsi que tous ceux qui suivent dans ce paragraphe, est calculé à partir du nombre de soignants de chaque profession qui ont répondu à la présente question, et non à partir de l'ensemble des soignants ayant participé à l'étude.

c) La formation du personnel soignant dans le domaine de la dysphagie

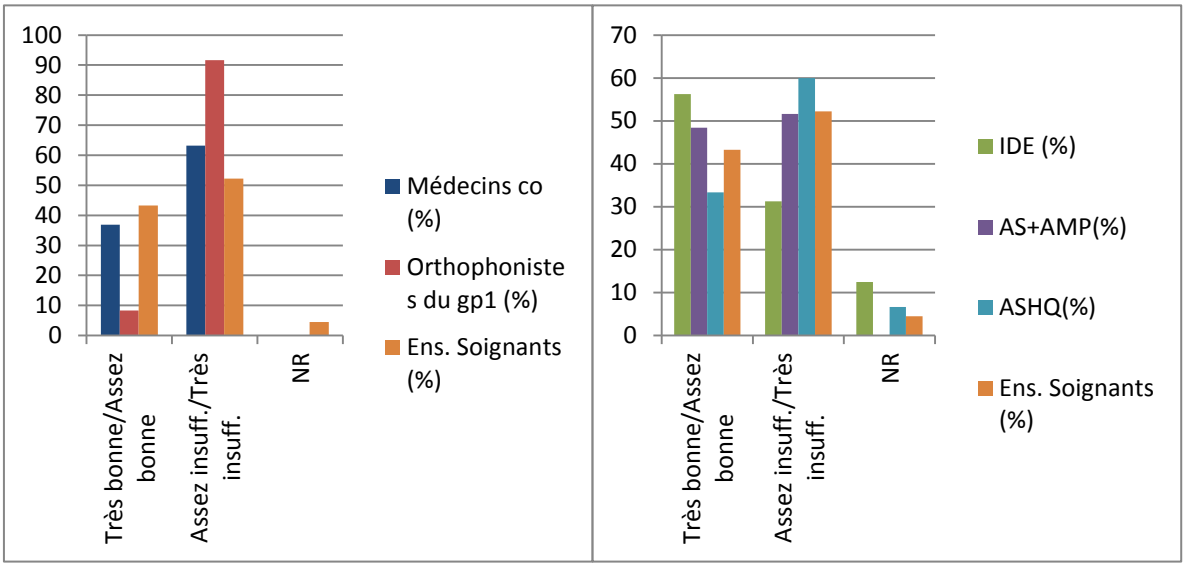


Figure 28 : Comparaison des réponses des médecins coordonnateurs, des orthophonistes du groupe 1 et des soignants à la question sur la formation du personnel soignant dans le domaine de la dysphagie

Figure 27 : Comparaison des réponses des différentes professions de soignants à la question sur la formation du personnel soignant dans le domaine de la dysphagie

La formation du personnel soignant dans le domaine de la dysphagie est jugée très bonne à assez bonne par 36% des 19 médecins coordonnateurs, 8% des 12 orthophonistes du groupe 1, et 43% des 67 soignants (notons qu'aucun d'entre eux n'a coché la case « Très bonne »).

Elle est jugée assez insuffisante à très insuffisante par 63% des 19 médecins coordonnateurs, 91% des 12 orthophonistes du groupe 1, et 52% des 67 soignants.

Parmi les soignants, on observe des divergences entre les différentes professions : la majorité des IDE ayant répondu au questionnaire (56%) estiment leur formation assez bonne, alors que la majorité des ASHQ (60%) l'estiment assez à très insuffisante. Quant aux AS et AMP qui ont répondu à ce questionnaire, 48% estiment leur formation assez bonne, tandis que 51% l'estiment assez à très insuffisante.

✓ *On constate que ce sont les orthophonistes qui semblent juger la formation des soignants la plus insuffisante, suivis des médecins coordonnateurs. Les soignants eux-mêmes sont ceux qui réalisent l'estimation la plus positive. Cependant, on constate que moins leur niveau de formation initiale est élevé, moins leur estimation de leur propre formation semble positive.*

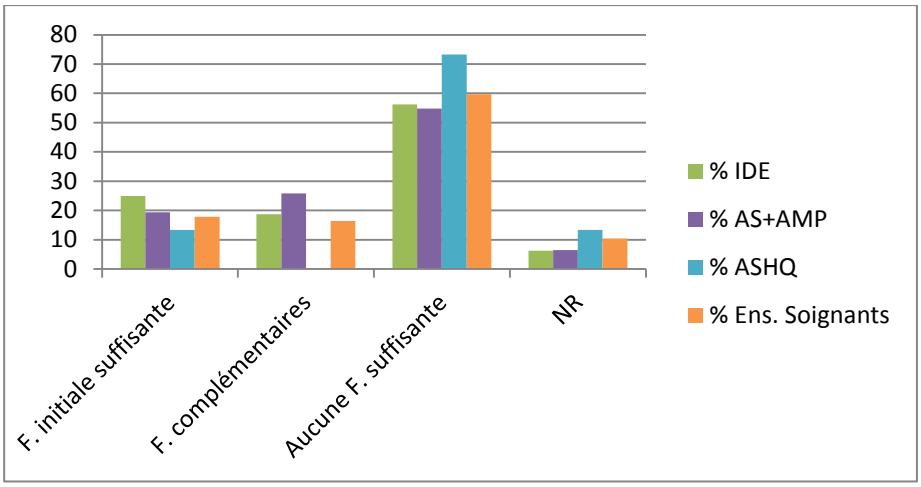


Figure 29 : Réponses des différents soignants aux questions concernant leur formation initiale et continue dans le domaine de la dysphagie

Les résultats présentés dans le graphique ci-dessus semblent confirmer cette insuffisance dans la formation des soignants dans le domaine de la dysphagie. Seulement 17% des soignants ayant répondu au questionnaire estiment avoir été suffisamment formés sur la dysphagie lors de leur formation initiale, 16% disent avoir effectué des formations complémentaires sur ce sujet, et 40% estiment n'avoir eu aucune formation suffisante (qu'elle soit initiale ou continue) dans le domaine. Les ASHQ semblent tout particulièrement concernés par ce manque de formation : 73% d'entre eux affirment n'avoir eu aucune formation suffisante.

d) <u>La nécessité d'un outil d'information destiné au personnel soignant, et les points à y aborder</u>

Parmi les professionnels ayant répondu aux différents questionnaires, 98,5% des soignants, 94% des médecins coordonnateurs et 91% des orthophonistes se disent intéressés par un outil d'information sur la dysphagie, destiné au personnel soignant. Cela représente donc la quasi-totalité des professionnels ayant répondu au questionnaire.

Pour ce qui est des réponses à la question concernant le contenu de ce support d'information, si l'on considère l'ensemble des réponses données par les 108 professionnels qui ont répondu aux questionnaires, les trois réponses les plus cochées sont :

- Les types de fausses routes (73%),
- Les signes d'alerte d'un trouble de déglutition (71%),

- Les postures (62%).

Cependant, les réponses à ces questions présentent une diversité importante entre les différentes professions, c'est pourquoi nous les avons analysées de manière plus approfondie.

Tableau 5 : Réponses des différents professionnels à la question portant sur le contenu d'un outil d'information sur la dysphagie, destiné au personnel soignant des maisons de retraite

Profession	**3 réponses les plus cochées**
Médecins coordonnateurs	➢ Signes d'alerte d'un trouble de déglutition (84%) ➢ Postures (73%) ➢ Types de FR **et** Conduite à tenir en cas de doute (57%)
Orthophonistes	➢ Signes d'alerte **et** Postures (90%) ➢ Conduite à tenir en cas d'étouffement **et** Conduite à tenir en cas de doute (72%) ➢ Rôle des différents acteurs (68%)
Ensemble des soignants	➢ ***Types de FR (83%)*** ➢ ***Signes d'alerte (61%)*** ➢ ***Conduite à tenir en cas d'étouffement (59%)***
IDE	➢ *Types de FR (87%)* ➢ *Rôle des différents acteurs (81%)* ➢ *Textures (62,5%)*
AS+AMP	➢ *Types de FR (80%)* ➢ *Signes d'alerte (64%)* ➢ *Textures **et** Conduite à tenir en cas d'étouffement (61%)*
ASHQ	➢ *Types de FR (86%)* ➢ *Conduite à tenir en cas d'étouffement (73%)* ➢ *Signes d'alerte **et** Postures **et** Conduite à tenir en cas de doute (60%)*

On note que la réponse *« Physiologie de la déglutition normale » ou « Comment se passe la déglutition normale »* ne figure jamais dans les 3 réponses les plus choisies. Cela est probablement dû au fait que les différents professionnels estiment que de telles informations ne sont pas en lien direct avec la pratique quotidienne des soignants. Cependant, on remarque que le point sur lequel les soignants sont le plus en demande d'informations est *« Les types de FR »*, notion qui fait nécessairement appel à la physiologie de la déglutition normale. Les informations sur les *postures*, également très demandées par les différents professionnels, font aussi appel à ces notions. De plus, dans la première partie de leur questionnaire, les soignants avaient fréquemment montré qu'ils méconnaissaient cette physiologie.

Une proportion importante des répondants estime que le personnel soignant aurait besoin d'informations sur les *signes d'alerte d'un trouble de déglutition*, ce qui concorde avec le manque de connaissances montré par de nombreux soignants dans leurs réponses à la première partie du questionnaire. Il en est de même pour la *conduite à tenir en cas de doute sur la déglutition d'un patient*, et la *conduite à tenir en cas d'étouffement.*

En revanche, *les différentes textures* sont un sujet moins demandé, alors même que de nombreux soignants estimaient avoir des difficultés à savoir si un aliment était autorisé ou interdit chez un résident, et que la plupart semblait ne pas savoir pourquoi les patients dysphagiques bénéficiaient d'un régime aux textures modifiées.

Le rôle des différents acteurs, et en particulier de l'orthophoniste, dans la prise en charge de la dysphagie, est un sujet assez peu demandé, sauf par les IDE et les orthophonistes eux-mêmes. Ainsi, même si médecins et soignants semblaient être nombreux à méconnaître le rôle de l'orthophoniste, ils n'estiment pas prioritaire le fait de mieux le connaître.

Conclusions des analyses comparées *:*

La deuxième partie de l'hypothèse 2 : « En maison de retraite, les médecins prescrivent peu de bilans orthophoniques aux résidents dysphagiques » ne peut être confirmée, *puisque même si la plupart de ces 19 médecins coordonnateurs affirment que la prescription d'un bilan orthophonique est assez rare, la réponse « Bilan orthophonique » est celle qui a été cochée par le plus grand nombre de médecins.*

L'hypothèse 4 (« ***« Les soignants travaillant en maison de retraite sont souvent peu formés (que ce soit lors de leur formation initiale ou de leur formation continue) sur la prise en charge de la dysphagie ») :*** *la formation des soignants dans ce domaine est estimée insuffisante par la majorité des professionnels ayant participé à l'étude, y compris les soignants eux-mêmes.*

Par ailleurs, la quasi-totalité des soignants ayant participé à l'étude se dit intéressée par un support d'information sur la dysphagie. Cela confirme l'hypothèse 8 : ***« Les soignants sont en demande d'informations et de conseils afin de mieux prendre en charge les résidents dysphagiques ».***

Aux dires des médecins coordonnateurs et des soignants, l'intervention de l'orthophoniste auprès des résidents dysphagiques en MR semble rare, ce qui nous permet cette fois (cf. p.62) de ***confirmer l'hypothèse 9 : « L'intervention de l'orthophoniste en maison de retraite pour la prise en charge de la dysphagie est rare ».***

L'hypothèse 11 (« En MR, les soignants connaissent peu voire pas du tout le rôle de l'orthophoniste auprès d'un patient dysphagique ») est confirmée car :

- *Une majorité des médecins coordonnateurs et des soignants ayant répondu aux questionnaires dit méconnaître ce rôle ;*
- *Selon les médecins coordonnateurs qui ont répondu, cette méconnaissance est la première cause de non-prescription d'orthophonie pour les résidents dysphagiques ;*
- *Les soignants ayant répondu au questionnaire se montrent assez indécis quant à leurs attentes par rapport à l'intervention d'un(e) orthophoniste, connaissant mal son rôle.*

Enfin, la majorité des professionnels concernés, parmi ceux qui ont participé à notre étude, a émis un avis favorable sur l'intervention de l'orthophoniste auprès des résidents dysphagiques. ***Cela semble donc confirmer l'hypothèse 13 : « Quand la prise en charge orthophonique de la dysphagie est pratiquée en maison de retraite, elle semble avoir des effets bénéfiques ».*** *Cependant, ce résultat doit être interprété avec prudence.*

4- Conclusion des analyses et confrontation avec les hypothèses

A- Dépistage et prise en charge de la dysphagie en maison de retraite

Hypothèse 1 : Au vu des réponses aux questionnaires, il semble que la dysphagie soit sous-dépistée par le personnel soignant et par les médecins dans les MR concernées par notre étude : en effet, la proportion moyenne de résidents dysphagiques y est inférieure aux chiffres de la littérature. Toutefois, on observe une très grande variabilité entre les différents établissements. **L'hypothèse 1 est confirmée.**

Hypothèse 2 : Dans les MR concernées par notre étude, les médecins semblent prescrire des examens complémentaires aux résidents dysphagiques, et même si la prescription d'un bilan orthophonique semble assez rare aux dires des médecins coordonnateurs, il semble toutefois être le bilan le plus prescrit dans un tel contexte. **L'hypothèse 2 ne peut donc être**

confirmée : ce point nécessiterait une enquête plus approfondie. En particulier, il aurait été plus pertinent d'interroger les médecins coordonnateurs sur la fréquence de la prescription de chaque type d'examen, avec des questions à choix multiple (souvent/parfois/rarement/jamais).

Hypothèse 3 : Dans les MR ayant participé à notre enquête, la modification des textures semble avoir une place prépondérante au sein de la prise en charge de la dysphagie, en comparaison avec d'autres mesures, telle la prise en charge orthophonique, qui reste relativement peu utilisée. De plus, une proportion non négligeable de soignants a tendance à modifier les textures d'emblée en cas de doute sur la présence de fausses routes chez un résident ; c'est pourquoi on peut dire que la modification des textures est parfois utilisée par excès. Cela est confirmé par la remarque intéressante d'un médecin coordonnateur : *« En EHPAD, les textures modifiées sont plutôt mises en place par excès, avec un risque nutritionnel à la clé »*. **L'hypothèse 3 est confirmée.**

B- Formation du personnel soignant dans le domaine de la dysphagie

Hypothèse 4 : Les soignants ayant participé à notre enquête disent, pour la majorité d'entre eux, avoir été insuffisamment formés sur la dysphagie, que ce soit durant leur formation initiale ou leur formation continue. Cette auto-estimation est confirmée par les réponses des orthophonistes et des médecins coordonnateurs. On remarque, en outre, que plus le niveau de formation initiale des soignants est bas, moins leur estimation de leurs propres connaissances sur la dysphagie semble bonne. **L'hypothèse 4 est donc confirmée.**

Hypothèse 5 : Un grand nombre des soignants qui ont répondu à notre questionnaire disent être fréquemment anxieux et démunis face à la dysphagie ; or la première raison par laquelle ils expliquent ce sentiment d'anxiété est leur manque de formation dans le domaine. **Cela confirme l'hypothèse 5.**

Hypothèse 6 : Il semble, en particulier, que les soignants ayant participé à notre étude manquent de connaissances théoriques de base sur la dysphagie. La remarque d'un soignant illustre bien cette affirmation : à propos d'une fausse route où le résident s'étouffe, il explique que celui-ci *« a des aliments coincés dans le tube digestif »* et non dans les voies respiratoires. Par conséquent, ils éprouvent parfois des difficultés à bien appliquer certaines consignes, comme celle portant sur la modification des textures. **L'hypothèse 6 est confirmée.**

Hypothèse 7 : Nous constatons également que, suite à ce manque de connaissances, les comportements adoptés par les soignants dans certaines situations sont parfois plus en lien avec des idées reçues qu'avec la réalité de la physiologie de la déglutition. En témoigne, entre autres, la réaction de nombreux soignants en cas de fausse route avec étouffement (tendance à taper dans le dos du patient, qu'il tousse ou non, et ce sans forcément le pencher en avant au préalable). **L'hypothèse 7 est confirmée.**

Hypothèse 8 : La quasi-totalité des soignants ayant répondu au questionnaire est en demande de conseils et d'informations complémentaires afin de mieux prendre en charge les résidents dysphagiques. **L'hypothèse 8 est donc confirmée.**

C- Intervention de l'orthophoniste auprès du résident dysphagique en maison de retraite

Hypothèse 9 : Sur les 22 orthophonistes ayant répondu au questionnaire, plus de la moitié intervient en MR auprès de patients dysphagiques. Cependant, aux dires des médecins coordonnateurs et des soignants, l'intervention de l'orthophoniste auprès de résidents dysphagiques, dans leurs établissements respectifs, est rare. Nous estimons qu'il est en effet fort probable que ces orthophonistes aient été plus motivés que les autres pour répondre au questionnaire car le sujet de l'étude les concernait directement, mais qu'il existe en réalité peu d'orthophonistes réalisant cette prise en charge. **L'hypothèse 9 semble donc être confirmée, même si elle nécessiterait une enquête plus approfondie.**

Hypothèse 10 : La rareté des prescriptions des médecins et des demandes de l'équipe soignante semble être la principale raison pour laquelle l'orthophoniste intervient peu en MR auprès de patients dysphagiques. L'ensemble des orthophonistes ne pratiquant pas cette prise en charge affirme qu'ils seraient prêts à le faire si on le leur demandait. **L'hypothèse 10 est confirmée.**

Hypothèse 11 : Le rôle de l'orthophoniste auprès d'un patient dysphagique semble largement méconnu par les médecins coordonnateurs et plus encore par les soignants ayant participé à notre étude. Cette méconnaissance peut expliquer la rareté des prescriptions et des demandes de la part de l'équipe soignante : en effet les soignants ayant répondu au questionnaire semblent indécis quant à ce qu'ils pourraient attendre de l'intervention de l'orthophoniste. **L'hypothèse 11 est confirmée.**

Hypothèse 12 : Les orthophonistes n'intervenant pas en MR auprès de résidents dysphagiques semblent cependant conscients des enjeux et des priorités qui s'imposent face à un patient dysphagique en MR. Leur manque de formation sur la dysphagie ne semble pas être une réelle cause au fait qu'ils ne prennent pas en charge de patients dysphagiques en MR. **L'hypothèse 12 n'est donc pas confirmée.**

Hypothèse 13 : Parmi les professionnels ayant participé à notre étude, 60% de ceux qui ont pratiqué ou ont été confrontés à une intervention orthophonique auprès de résidents dysphagiques émettent un avis favorable sur les effets de cette intervention. **L'hypothèse 13 est donc confirmée** : quand l'orthophoniste intervient en MR auprès de patients dysphagiques, cela semble avoir des effets bénéfiques.

D- Confrontation des résultats avec les hypothèses principales

a) Il serait bénéfique que l'intervention de l'orthophoniste en maison de retraite, pour la prise en charge de la dysphagie, soit plus fréquente.

Les résultats de nos analyses permettent d'avancer plusieurs arguments en faveur de cette hypothèse :

- Dans ce domaine, le personnel soignant a une demande importante d'informations, de conseils et de soutien, demandes auxquelles une intervention orthophonique pourrait contribuer à répondre.
- Alors même que ce type d'intervention semble encore assez peu fréquent, il paraît avoir des effets plutôt bénéfiques, aux dires des différents professionnels, lorsqu'il est pratiqué.
- La prise en charge actuelle de la dysphagie en MR semble surtout axée autour de la modification des textures, et gagnerait à être enrichie par l'approche de l'orthophoniste.

Cependant, le principal obstacle à la généralisation de l'intervention de l'orthophoniste auprès des patients dysphagiques en MR semble être la méconnaissance, de la part du personnel médical et soignant, du rôle qu'il/elle peut jouer dans la prise en charge de cette pathologie. En effet, médecins et soignants ne peuvent demander ce qu'ils ne connaissent pas ; or les réponses des orthophonistes intervenant en MR montrent que, la plupart du temps,

la demande de prise en charge de la dysphagie vient du personnel de la structure. Par ailleurs, comme l'ont souligné quelques orthophonistes, ce type de prise en charge exige un investissement important de la part d'un(e) orthophoniste exerçant en libéral : contraintes liées aux déplacements, aux horaires si l'on veut assister à des repas, éventuellement nécessité de se former…

b) Il serait bénéfique, pour les soignants exerçant en maison de retraite, de disposer d'un support d'information écrit portant sur la prise en charge de la dysphagie.

Suite à l'analyse des réponses aux différents questionnaires, les arguments en faveur de cette hypothèse sont les suivants :

- Un tel support pourrait contribuer à répondre à la demande d'informations complémentaires sur la dysphagie, exprimée par les soignants, et au manque de formation (notamment de connaissances théoriques de base) exprimé par ceux-ci et confirmé par les orthophonistes et les médecins coordonnateurs.
- Un tel support permettrait de clarifier quelques points précis sur lesquels les soignants semblent manquer tout particulièrement d'informations : types de fausses routes, postures, textures, signes d'alerte d'un trouble de déglutition, conduite à tenir en cas de fausse route ; le tout, en lien avec la physiologie de la déglutition.

Cependant, si un support écrit peut s'avérer intéressant, ce moyen reste limité. En particulier, un tel support reste théorique, il ne peut remplacer l'intervention d'un(e) orthophoniste sur le terrain, ainsi que des conseils adaptés au cas particulier de chaque résident. C'est pourquoi le but du support écrit serait de susciter une intervention orthophonique, et non de se substituer à elle. Ayant par ailleurs noté que de nombreux AS et AMP attendaient de l'orthophoniste qu'il/elle explique son rôle dans la prise en charge de la dysphagie (cf. p.86) il nous paraîtrait utile d'inclure de telles informations dans notre support.

V. Elaboration du support d'information

Les principaux objectifs de ce support sont :

- Permettre aux soignants de mieux comprendre les différentes consignes (postures, adaptation des textures) grâce à une meilleure connaissance de la physiologie de la déglutition et des types de fausses routes,
- Leurs donner des conseils pratiques dans un langage simple et concret,
- Leur expliquer en quoi l'orthophoniste peut les aider dans la prise en charge des résidents dysphagiques.

Pour des raisons financières, nous avons choisi de présenter ce support sous forme de diaporama, que nous transmettrions aux différents professionnels et établissements sous forme de CD-Rom ou par courrier électronique. Il comporte 29 diapositives, dont 7 provenant d'un diaporama réalisé par l'équipe du réseau ROLAND, que nous avons reproduites avec son autorisation.

Il s'adresse en priorité au personnel soignant des MR, quel que soit leur niveau de formation initiale : nous avons donc volontairement employé un vocabulaire simple, et expliqué les termes plus techniques tels que « pharynx » ou « bolus ». En effet, nous supposions que les professionnels ayant un plus faible niveau de formation initiale ne connaissaient pas ces termes.

Après une brève définition de la notion de fausse route et un rappel anatomique, nous expliquons la physiologie de la déglutition normale, avec, à chaque phase, la description du type de fausse route qui se produit si cette phase est altérée. Ce parallèle a été établi dans le but de rendre moins « théorique » la description de la physiologie de la déglutition, de l'ancrer dans la clinique. Nous exposons ensuite les signes d'alerte d'un trouble de la déglutition. Puis nous abordons deux mesures clés de la prise en charge : l'adaptation des textures et les postures de sécurité, en expliquant les raisons de leur mise en place. Après avoir donné des conseils pratiques sur la prévention des fausses routes et la conduite à tenir en cas d'étouffement, nous concluons par une brève description du rôle de l'orthophoniste dans la prise en charge de la dysphagie.

VI. Discussion

Les objectifs initiaux de notre étude étaient d'effectuer un état des lieux de la prise en charge de la dysphagie telle qu'elle est pratiquée en MR aujourd'hui, ainsi qu'un état des

lieux des connaissances du personnel soignant des MR dans le domaine. Cela devait nous permettre de déterminer quels étaient les besoins et attentes de ces professionnels par rapport à une éventuelle intervention de l'orthophoniste autour de la dysphagie.

L'analyse des réponses aux différents questionnaires nous a permis de valider la plupart de nos hypothèses, et ainsi de conclure que, au vu des données dont nous disposons, il semblerait bénéfique que l'intervention de l'orthophoniste auprès de patients dysphagiques en MR se généralise, et il serait également souhaitable que le personnel soignant des MR dispose d'un support d'information écrit portant sur la prise en charge de la dysphagie.

Mais, par ailleurs, ces analyses nous ont permis de dégager des remarques intéressantes, auxquelles nous ne nous attendions pas toujours.

Ainsi, pour plusieurs questions on note d'importantes disparités entre les différentes réponses. Parmi les soignants d'une même profession, on trouve des réponses tout à fait pertinentes, mais aussi des réponses très peu pertinentes. Cette remarque rejoint celle que nous avait faite un professionnel appartenant au réseau ROLAND, contacté dans le cadre de ce mémoire : il nous expliquait que le niveau de formation des professionnels était souvent très hétérogène, et que l'un des objectifs du ROLAND était justement d'harmoniser ce niveau de formation.

Le manque de formation des soignants est constaté par l'ensemble des professionnels (médecins coordonnateurs, orthophonistes et soignants) ayant participé à l'étude ; cependant il semble que les professionnels ayant peu voire pas de formation initiale (les ASHQ notamment) s'en plaignent davantage. On note également que ce sont ces mêmes professionnels qui semblent les plus préoccupés par le risque de fausse route (cf. p. 79). Il semble donc important que l'orthophoniste vise tout particulièrement à informer ces professionnels, et notamment à leur expliquer les raisons des différentes consignes (postures, textures…).

Si l'ensemble des soignants semble préoccupé par la dysphagie, il semble cependant que chaque profession porte un regard légèrement différent sur ce trouble (cf. p. 74 et 79). Ainsi, un(e) orthophoniste intervenant en MR devra tenir compte de ces disparités, et ne s'adressera pas forcément au même professionnel selon les informations qu'elle aura à demander ou à transmettre (cf. p. 78). Cependant, l'aide-soignant (AS) semble, aux dires des orthophonistes

du groupe 1, un interlocuteur privilégié pour l'orthophoniste dans le cadre de la prise en charge de la dysphagie.

Cependant, nous avons pu constater que notre étude comportait des limites à différents niveaux.

Une de de ces limites est liée au postulat de départ : nous avons en effet postulé que, en gériatrie, les stratégies d'adaptation de l'environnement alimentaire ont plus d'efficacité (sur la déglutition des patients et sur leur qualité de vie) qu'une rééducation orthophonique « classique ». Bien que ce postulat soit basé sur de nombreuses assises théoriques, développées au début de notre mémoire, aucune étude expérimentale, à notre connaissance, n'a comparé l'efficacité de ces deux approches. En revanche, quelques-unes montrent l'impact positif, sur la prise en charge des patients âgés dysphagiques, d'un programme d'entraînement du personnel soignant (O'Loughlin & Shanley, 1998[24] ; Sandhaus, Zalon & al., 2009[31]).

Une seconde limite est liée à la population : nous avions choisi une population composée de nombreuses professions afin d'avoir un éclairage multidisciplinaire sur notre problématique. Il n'a donc pas toujours été simple de réaliser une synthèse à partir de points de vue si différents. Initialement, nous désirions nous adresser également au personnel de cuisine (dans le questionnaire destiné aux professionnels accompagnant le résident au cours de ses repas), mais le questionnaire s'est avéré peu correspondre à leur pratique quotidienne, c'est pourquoi peu d'entre eux y ont répondu. Il aurait de fait été nécessaire de réaliser un questionnaire s'adressant spécifiquement à eux ; cela pourrait faire l'objet d'une étude ultérieure.

D'autres limites sont liées à notre échantillon : sa taille réduite, voire très réduite (médecins coordonnateurs et orthophonistes divisés en sous-groupes) ne nous a pas permis de tirer des conclusions d'ordre général, mais uniquement des tendances. Cette limite s'explique par : les contraintes financières, le manque de temps de notre part, mais aussi de la part des différents professionnels que nous avons sollicités.

En analysant les réponses aux différents questionnaires, nous nous sommes également rendu compte des limites de ces derniers. Comme nous l'avons mentionné plus haut, il aurait été utile de poser des questions identiques aux deux groupes d'orthophonistes ne prenant pas en charge de patients dysphagiques en MR, afin de comparer leurs réponses. Il aurait

également été préférable, pour certaines questions, de préférer le choix multiple (souvent/parfois/rarement/jamais) au seul choix entre oui et non quant à la fréquence de l'une ou l'autre situation. Les réponses auraient été plus précises et plus facilement interprétables. Enfin, nous nous interrogeons sur le fait que nous ayons pu induire certaines réponses, notamment dans les questions à choix multiple ou dans les toutes premières questions du questionnaire destiné aux soignants (questions a)1 à a)7 de la partie A).

Enfin, notre analyse et notre interprétation des résultats se sont heurtés à différentes limites. Tout d'abord, il nous a parfois paru hasardeux de tirer des conclusions et de valider ou infirmer des hypothèses à partir des réponses d'un échantillon très réduit. Nous nous sommes également questionnés sur l'interprétation des questions auxquelles une proportion importante de professionnels n'avait pas répondu. Si l'analyse des réponses aux questions « ouvertes » nous a paru très intéressante, il n'a néanmoins pas été simple de dégager différents types de réponses, ce travail nous amenant nécessairement à interpréter les propos du répondant sans savoir exactement ce qu'il avait voulu dire. Dans ces mêmes questions, la regroupement différent des professionnels (les AMP étant séparés des AS, pour des raisons évoquées plus haut) peut également constituer un biais dans l'interprétation des réponses. En dernier lieu, il convient de mentionner que notre analyse statistique a été uniquement descriptive : par manque de temps, nous n'avons pas pu réaliser de statistiques inférentielles afin de savoir si les différences et corrélations constatées étaient statistiquement significatives.

Enfin, nous avons élaboré notre support d'information sous format numérique et non sous format papier pour des raisons économiques ; toutefois nous nous interrogeons sur le fait qu'un tel format puisse le rendre moins facilement consultable par les soignants. Il nous aurait également paru intéressant de réaliser des interventions orales auprès des soignants, ainsi que de leur demander leur avis sur notre support après l'avoir diffusé ; cependant tout cela n'a pu être réalisé par manque de temps.

CONCLUSION

L'objectifs initial de ce mémoire était de faire un état des lieux des besoins et attentes du personnel soignant en matière d'information dans le domaine de la dysphagie, ainsi qu'un état des lieux de l'intervention orthophonique en maison de retraite dans ce domaine. Pour ce faire, il nous était nécessaire de découvrir la réalité du terrain, de chercher à mieux connaître en quoi consiste généralement, aujourd'hui, la prise en charge de la dysphagie en maison de retraite.

Conformément à nos hypothèses de départ, nous avons pu constater un très large manque de formation du personnel soignant sur la dysphagie. Ce manque d'informations porte sur les signes de la dysphagie et sa prise en charge, mais aussi sur le rôle que peut jouer l'orthophoniste dans ce cadre. Cette méconnaissance des apports de l'orthophonie, apparemment partagée par les médecins, semble un frein majeur à la généralisation d'une intervention de l'orthophoniste en maison de retraite, dans le domaine de la dysphagie.

Pourtant, une telle intervention semble attendue par les soignants que nous avons rencontrés, qui disent être en demande de conseils et de soutien sur ce sujet qui est pour eux une préoccupation quotidienne. Beaucoup d'entre eux nous ont encouragés dans notre travail en nous confirmant que ce sujet répondait à un réel besoin. Ce fut également le cas des orthophonistes prenant en charge des résidents dysphagiques en maison de retraite.

Mais ce travail nous a également permis de constater toute la difficulté de mettre en place un réel travail en équipe : en effet celui-ci nécessite du temps et un langage commun. Or les réponses aux questionnaires nous ont montré l'immense hétérogénéité existant entre le niveau de formation et le langage employé par les différents professionnels.

Il nous paraît donc important que cette question de la place de l'orthophoniste au sein d'un travail en équipe autour de la prise en charge de la dysphagie en gériatrie soit approfondie par des travaux ultérieurs. Il nous semblerait particulièrement utile d'étudier le partenariat entre l'orthophoniste et le diététicien, ainsi qu'avec le personnel de restauration. Il serait également important que l'efficacité des actions d'information puisse être testée, notamment par un questionnaire portant sur la satisfaction des professionnels par rapport aux supports diffusés.

BIBLIOGRAPHIE

[1] AMYOT, J.-J. (2008). *Travailler auprès des personnes âgées* (3e édition). Paris: Dunod.

[2] BARCZI, S.-R., SULLIVAN, P.-A., & ROBBINS, J. (2000). How should dysphagia of older adults differ? Establishing optimal practice patterns. *Seminars in Speech and Language, 4*(21), pp. 347-361.

[3] BELMIN, J., & CNEG. (2010). *Vieillissement.* Paris: Masson, coll. Abrégés Modules transversaux.

[4] BELMIN, J., AMALBERTI, F., & BEGUIN, A.-M. (2005). *L'infirmier(e) et les soins aux personnes âgées. Spécificités des soins, situations fréquentes, réadaptation, droits et protection.* (éd. 2e). Paris: Masson.

[5] BLANCHET, V., & VIALLARD, M.-L. (2012, Novembre). De l'accompagnement des mourants à la médecine palliative en passant par les soins palliatifs. *Médecine Palliative*, pp. 266-270.

[6] BLEECKX, D. (2001). *Dysphagie : évaluation et rééducation des troubles de la déglutition.* Bruxelles: De Boeck Université.

[7] BLOEM, B., LAGAAY, A., VAN BEEK, W., HAAN, J., & R.A.C. RODD, A. W. (1990). Prevalence of subjective dysphagia in community residents aged over 87. *Brit Med J*(300), pp. 72 1-2.

[8] BOTELLA-TRELIS, J. J., & FERRERO-LOPEZ, M. I. (2002). Handling of dysphagia in the institutionalized elderly : current situation. *Nutricion Hospitalaria*(17), pp. 168-174.

[9] BRABANT, A. (2012, Septembre). Soins palliatifs : définition, historique et structures de soins palliatifs. *Rééducation Orthophonique*(251).

[10] BRIN, F. (2004). *Dictionnaire d'Orthophonie.* Isbergues: Ortho Edition.

[11] BRIN-HENRY, F., THILTGES-ALTHUSER, I., & BARDOT, C. (2012, Septembre). L'orthophoniste et les soins palliatifs : intervention interdisciplinaire auprès d'une personne présentant des troubles de la déglutition. *Rééducation Orthophonique*(251).

[12] CAPET, C., & DELAUNAY, O. (2007, Août). Troubles de la déglutition : de l'état bucco-dentaire à la fausse-route. Troubles de la déglutition de la personne âgée : bien connaître les facteurs de risque pour une prise en charge précoce. *Neurologie - Psychiatrie - Gériatrie*(40), pp. 15-23.

[13] DAOÛT, C. R. (2005, Décembre). La nutrition artificielle en fin de vie : nécessité d'une approche éthique individualisée. *Médecine Palliative*(6), pp. 299-308.

[14] FINIELS, H., FINIELS, P., JACQUOT, J.-M., STRUBEL, D., SAEZ, V., & LAPIERRE, M. (1999). Troubles de la déglutition en institution gériatrique. In *Les troubles de la déglutition, Problèmes en médecine de rééducation* (pp. 103-107). Paris: Masson.

[15] FINIELS, H., STRUBEL, M., & JACQUOT, J.-M. (2001, Novembre 10). Les troubles de la déglutition du sujet âgé, Aspects épidémiologiques. *La Presse Médicale*(33), pp. 1623-1634.

[16] GROHER, M.-E., & KAIG, T.-N. M. (1995, Mai). Dysphagia and dietary levels in skilled nursing facilities. *Journal of the American Geriatrics Society*(43), pp. 528-532.

[17] HENDERSON, V. (1997). *La Nature des Soins Infirmiers.* Intereditions.

[18] JACQUOT, J., POUDEROUX, P., PIAT, C., & STRUBEL, D. (2001, Novembre 10). Les troubles de la déglutition du sujet âgé, Prise en charge. *La Presse Médicale*(30), pp. 1645-1656.

[19] KALTENBACH, G., & BERTHEL, M. (2005, Avril). Missions et fonctions du médecin coordonnateur en EHPAD. *Neurologie Psychiatrie Gériatrie*, pp. 28-31.

[20] KELLY, J., D'CRUZ, G., & WRIGHT, D. (2010). Patients with dysphagia : experiences of taking medication. *Journal of Advanced Nursing*(66), pp. 82-91.

[21] LE HUCHE, F., & ALLALI, A. (1991). *La Voix. Anatomie et physiologie des organes de la voix et de la parole* (Vol. 1). Paris: Elsevier Masson.

[22] MANOUKIAN, A. (2007). *Les soignants et les personnes âgées.* Rueil-Malmaison: Lamarre.

[23] MC FARLAND, D. H. (2009). *L'anatomie en orthophonie. Parole, déglutition et audition.* Paris: Elsevier Masson.

[24] O'LOUGHLIN, G., & SHANLEY, C. (1998, Juin). Swallowing problems in the nursing home : a novel training response. *Dysphagia*(13), pp. 172-183.

[25] PneumoGériatrie, Intergroupe SPLF-SFGG (2009). Troubles de la déglutition du sujet âgé et pneumopathies en 14 questions/réponses. *Maladies Respiratoires*(26), pp. 587-605.

[26] POUDEROUX, P., JACQUOT, J.-M., ROYER, E., & FINIELS, H. (2001, Novembre 10). Les troubles de la déglutition du sujet âgé, Procédés d'évaluation. *La Presse Médicale*(33), pp. 1635-1644.

[27] RAFFIN-CABOISSE, V. (2006). *Prise en charge de la dysphagie de l'adulte : étude auprès de 220 praticiens d'Ille-et-Vilaine.* (Mémoire d'orthophonie de l'Université Paris VI).

[28] ROUSSEAU, T. (2007). Approches thérapeutiques des troubles de la communication dans les démences, Etude d'un cas. *Journal de Thérapie Comportementale et Cognitive*(17), pp. 45-52.

[29] ROUSSELOT, H., LACAVE, M.-L., & BEHAR, J. (2012, Septembre). Fin de vie et mort du patient, en quoi l'orthophoniste est-il concerné? *Rééducation Orthophonique*(251).

[30] RUGLIO, V., FUSARI, S., & LAFAILLE-RONCORONI, V. (2012). *Vivre au quotidien avec des troubles de la déglutition, un guide pratique pour la personne âgée et son entourage.* Marseille: Solal.

[31] SANDHAUS, S., ZALON, M.-L., VALENTI, D., & HARRELL, F. (2009, Juin). Promoting evidence-based dysphagia assessment and management by nurses. *Journal of Gerontological Nursing, 6*(35), pp. 20-27.

[32] SEBBAN, J. (2006). *Troubles de la déglutition chez les personnes présentant une démence de type Alzheimer : élaboration d'une brochure d'information destinée au personnel soignant*. (Mémoire d'orthophonie de l'Université de Nancy).

[33] STEELE, C., GREENWOOD, C., ENS, I., ROBERTSON, C., & SEIDMAN-CARLSON, R. (1997). Mealtime difficulties in a home for the aged : not just dysphagia. *Dysphagia*(12), pp. 43-50.

[34] TISON, A. (2003, Juin). L'encombrement des voies respiratoires en fin de vie. (Masson, Éd.) *Médecine Palliative*(3), pp. 149-157.

[35] VERCAUTEREN, R., PREDAZZI, M., & LORIAUX, M. (2001). *Pour une identité de la personne âgée en établissements : le projet de vie.* (M. Costacurta, Trad.) Ramonville-Saint-Agne: Erès.

[36] WOISARD, V., & PUECH, M. (2008). La rééducation de la dysphagie chez l'adulte et chez l'enfant. In T. ROUSSEAU, *Les Approches thérapeutiques en Orthophonie* (Vol. 3, pp. 149-151). Isbergues: Ortho Edition.

[37] WOISARD-BASSOLS, V., & PUECH, M. (2011). *La réhabilitation de la déglutition chez l'adulte, le point sur la prise en charge fonctionnelle.* Marseille: Solal.

ANNEXES

Annexe 1 : Lettre accompagnant le questionnaire destiné aux médecins coordonnateurs

Hélène MERIAU
Etudiante en 4e année d'orthophonie

Docteur,

Actuellement en dernière année d'orthophonie, j'étudie, dans le cadre de mon mémoire de fin d'études, la prise en charge des troubles de la déglutition en maison de retraite. Ce travail part d'un constat : en gériatrie, les soignants se trouvent parfois démunis face à la dysphagie, alors que des conseils simples, apportés par un professionnel tel que l'orthophoniste, pourraient permettre d'améliorer grandement le confort des patients.

Or, dans un premier temps, il m'est nécessaire d'interroger des médecins coordonnateurs en maison de retraite, afin d'avoir des données plus précises sur le nombre de patients atteints de dysphagie, ainsi que sur le type de prise en charge le plus couramment mise en œuvre. J'ai également besoin d'avoir l'avis de médecins sur le rôle que l'orthophonie pourrait jouer dans cette prise en charge, et sur la qualité de la formation du personnel soignant.

Mon travail devrait notamment déboucher sur la création d'un support d'information destiné aux équipes soignantes, et portant sur la prise en charge de la dysphagie chez la personne âgée.

C'est pourquoi je vous saurais gré de me retourner ce questionnaire complété par vos soins, au moyen de l'enveloppe timbrée ci-jointe, avant le 14 décembre 2012. Il est anonyme, sa passation nécessite peu de temps (une dizaine de minutes environ), et ses résultats constitueront la base de mon travail. Pour toute question, n'hésitez pas à me solliciter par mail ou par téléphone.

Vous remerciant d'avance pour votre collaboration, je vous prie d'agréer, Docteur, l'expression de ma considération.

Hélène MERIAU

Annexe 2 : Questionnaire à l'attention des médecins coordonnateurs en maison de retraite

Nombre d'années d'exercice en maison de retraite : ……

Dans quel département exercez-vous ?
…….

Combien votre établissement compte-t-il de résidents ? ……

Actuellement, combien de résidents souffrent d'un trouble de la déglutition dans votre établissement?
……..

Quand la question est à choix multiple, merci d'entourer la ou les réponses choisies.

1) Quels symptômes retrouvez-vous le plus fréquemment chez ces résidents ?
   (plusieurs réponses possibles)

   - Toux à la déglutition
   - Dysphonie
   - Hyper- ou hypo- sialorrhée
   - Mauvais état bucco-dentaire, xérostomie
   - Mastication difficile
   - Difficultés praxiques pour la mise en bouche
   - Allongement du temps de repas
   - Refus alimentaire
   - Dénutrition
   - Déshydratation
   - Pneumopathies
   - Difficultés attentionnelles, distractibilité au cours des repas
   - Autres :
     ……
     …….

2) Quelle est l'étiologie que vous retrouvez le plus souvent pour ces troubles ?

   - Neurologique vasculaire

- Neurologique dégénératif
- ORL
- Autres :
  ……
  ……..

3) Quand un trouble de déglutition est suspecté chez un résident, a-t-il une prescription d'examens ou de bilans complémentaires?

Oui non

Si oui, lesquels ?

- un bilan ORL
- un bilan orthophonique
- un bilan kinésithérapique
- un bilan nutritionnel
- autres :
  ……
  ……..

4) Si un bilan orthophonique n'est pas prescrit, quelles en sont les raisons selon vous ?

- Méconnaissance du rôle que l'orthophonie peut jouer dans la prise en charge du patient dysphagique
- Absence d'orthophoniste se déplaçant hors de son cabinet
- Absence d'orthophoniste prenant en charge la dysphagie
- Autres :
  ……
  ……..

5) Si un bilan orthophonique est prescrit, est-il généralement suivi d'une rééducation ?

oui non

Si oui, que pensez-vous de l'efficacité de cette rééducation ?

- Très satisfaisante
- Satisfaisante

- Moyenne
- Médiocre

6) Les résidents dysphagiques ont-ils un régime aux textures modifiées :

pour les aliments ? - souvent - parfois - rarement - jamais

pour les boissons ? - souvent - parfois - rarement - jamais

7) Les résidents dysphagiques se voient-ils parfois modifier certains traitements pouvant avoir des retentissements sur la déglutition (état de vigilance, sécheresse buccale…) ?

- souvent - parfois - rarement - jamais

8) Arrive-t-il que des résidents présentant de graves troubles de la déglutition se voient prescrire une alimentation entérale (sonde naso-gastrique, gastrostomie) ?

- souvent - parfois - rarement - jamais

9) Pensez-vous que la formation du personnel soignant dans le domaine de la dysphagie est :

- Très bonne
- Assez bonne
- Assez insuffisante
- Très insuffisante

10) Connaissez-vous le rôle que peut jouer l'orthophoniste dans l'information du personnel soignant (en apportant des connaissances théoriques, mais aussi en assistant à des repas et en donnant des conseils pratiques en situation) ? oui non

11) Seriez-vous intéressé par un outil d'information écrit destiné au personnel soignant et portant sur la prise en charge de la dysphagie ? oui non

12) Quels seraient selon vous les sujets prioritaires à aborder auprès des soignants dans un tel support ? *(plusieurs réponses possibles)*

- La physiologie de la déglutition normale
- Les différents types de fausses-routes
- Les signes d'alerte d'un trouble de déglutition
- Les postures de sécurité

- Les différentes textures, et les aliments autorisés dans chaque cas
- La conduite à tenir en cas de doute sur la déglutition d'un patient
- La conduite à tenir en cas de fausse-route massive (étouffement)
- Le rôle des différents acteurs de la prise en charge de la dysphagie
- Autres :……
  ……
  ……
  ……

---

13) Désirez-vous que je vous communique les résultats de cette enquête ? oui
non

Si oui, merci de me laisser une adresse mail :
……

14) Remarques et commentaires éventuels :
……
……
……
……

Un grand merci pour votre participation !

Annexe 3 : Lettre accompagnant le questionnaire destiné aux orthophonistes

Hélène MERIAU
Etudiante en 4e année d'orthophonie

Madame, Monsieur,

Actuellement en dernière année d'orthophonie, j'étudie, dans le cadre de mon mémoire de fin d'études, le rôle de l'orthophoniste auprès du patient dysphagique en maison de retraite, et en particulier son travail d'information du personnel soignant. La dysphagie est en effet, comme vous le savez certainement, une pathologie fréquente en gériatrie, mais malheureusement son importance et ses répercussions sont encore trop sous-estimées. Ce travail voudrait mettre en valeur tout ce que l'orthophonie peut apporter dans cette prise en charge, et c'est pourquoi je m'adresse à vous.

Dans un premier temps, ma démarche consiste en effet à interroger des orthophonistes intervenant en maison de retraite, ainsi que des orthophonistes prenant en charge des patients dysphagiques à leur cabinet et/ou à domicile. Le but de ce questionnaire est de savoir comment les orthophonistes envisagent ce type de prise en charge, qu'ils/elles la pratiquent déjà ou non ; de mieux cerner leurs motivations et leurs besoins pour qu'elle soit facilitée, ou éventuellement rendue possible.

Mon travail devrait notamment déboucher sur la création d'un support d'information pouvant être utilisé par les orthophonistes pour informer les équipes soignantes autour de la problématique de la dysphagie.

C'est pourquoi je vous saurais gré de me retourner le questionnaire ci-joint, complété par vos soins, avant le 14 décembre 2012. Sa passation nécessite peu de temps (une dizaine de minutes environ), et ses résultats constitueront la base de mon travail. Pour toute question, n'hésitez pas à me contacter par mail ou par téléphone.

Vous remerciant d'avance pour votre collaboration, je vous prie d'agréer, Madame, Monsieur, l'expression de mes sentiments les meilleurs.

Hélène MERIAU

Annexe 4 : Questionnaire à l'attention des orthophonistes intervenant en maison de retraite et/ou prenant en charge des patients dysphagiques en libéral

Année du diplôme : …….. Ecole : …….

Dans quel département exercez-vous ?
……

Lorsque la question est à choix multiple, merci d'entourer la ou les réponses choisies.

- **Intervenez-vous en maison de retraite ? oui non**

  - Si vous avez répondu non, merci d'aller directement à la partie B)
  - Si vous avez répondu oui :

  1) Combien de patients y prenez-vous en charge par an (environ) ? ……

  2) Quels troubles prenez-vous en charge chez ces patients ? (plusieurs réponses possibles)
     - Troubles du langage et des fonctions cognitives suite à un AVC
     - Trouble du langage et des fonctions cognitives dans le cadre d'une pathologie neurodégénérative
     - Dysarthrie
     - Dysphagie
     - Autres : ……….

  3) *Si vous n'avez pas choisi la réponse « Dysphagie »*, quelles en sont les raisons ?
     - Pas de prescription du médecin
     - Pas de demande de la part de l'équipe soignante
     - Méconnaissance de cette pathologie ou peur de cette rééducation
     - Manque d'intérêt pour cette pathologie
     - Inefficacité ou inopportunité de la prise en charge de la dysphagie chez ce type de patients

- C’est un autre professionnel de santé qui s’en occupe : lequel ?
  ……

⇨ Autres :
……
……
……

⇨ Merci d’aller directement à la partie B)

4) Si vous avez choisi la réponse « Dysphagie » :

15) Combien de patients dysphagiques prenez-vous en charge en maison de retraite, par an (environ) ? ……

16) Depuis combien de temps effectuez-vous ce type de prise en charge en maison de retraite ?
……
……

17) Comment y avez-vous été amené(e) ? (interveniez-vous en maison de retraite auparavant ? de qui est venue la première demande ? avez-vous commencé ce type de travail suite à une formation spécifique ? etc…)
……
……
……
……
……

18) Par qui est généralement prescrit le bilan ? - par l’ORL
- par le médecin traitant
- par le médecin de la structure

19) A quelle fréquence voyez-vous les patients, en général ?
……
……

20) Avec quels autres professionnels travaillez-vous dans le cadre de la prise en charge de la dysphagie ?

- Infirmiers
- Aides-soignants
- ASH
- Kinésithérapeute
- Diététicien(ne)

- Autre :
  ……
  …….

- Comment estimez-vous la qualité du travail multidisciplinaire avec ces intervenants ?
  - Très bonne
  - Assez bonne
  - Assez mauvaise
  - Très mauvaise

Remarques :
……
……
……
……
……
……

- Selon vous, la formation du personnel soignant dans le domaine de la dysphagie est :
  - Très bonne
  - Assez bonne
  - Assez insuffisante
  - Très insuffisante
- Depuis que vous intervenez autour de la dysphagie, trouvez-vous que la prise en charge de ce trouble par le personnel soignant est meilleure ?

  oui non

- **Prenez-vous des patients dysphagiques en rééducation**
  - à votre cabinet ? oui non
  - à domicile ? oui non

- *Si vous avez répondu non aux deux questions,* pourquoi ?
  - Pas de prescription du médecin

- Méconnaissance de cette pathologie ou peur de cette rééducation
- Manque d'intérêt pour cette pathologie

- **Votre formation dans le domaine de la dysphagie**

1) La dysphagie a-t-elle été abordée dans votre formation initiale ? oui non

2) Avez-vous rencontré des patients dysphagiques lors de vos stages ? oui non

3) Une fois diplômé(e), avez-vous effectué des formations complémentaires sur la dysphagie ? oui
non

- **Si vous ne prenez pas en charge de patients dysphagiques en maison de retraite…**

… et qu'on vous demandait de le faire.

1) Seriez-vous prêt(e) à répondre positivement à cette demande ? oui non

Si vous avez répondu non , pourquoi ?
.....
.....
.....
.....

2) Si vous acceptiez de le faire, quelles seraient vos priorités, une fois le bilan réalisé? (merci de numéroter de 1 à 4 par ordre d'importance)

…..... réaliser une rééducation avec des exercices fréquents et analytiques (praxies...)

…..... mettre en place des postures de sécurité

…..... adapter les textures

…..... informer le patient, la famille et l'équipe soignante sur le trouble et la conduite à tenir

3) Vous paraîtrait-il important d'assister régulièrement à des repas pour mieux évaluer l'évolution et adapter votre prise en charge?
oui non

O

4) Selon vous, qu'est-ce qui devrait être mis en place, au sein de la maison de retraite, pour faciliter cette prise en charge :

- Au niveau des contacts avec les autres professionnels concernés (médecin de la structure, médecin traitant, équipe soignante) : quels contacts, quelles informations, sous quelle(s) forme(s), à quelle fréquence … ?

  ……
  ……
  ……
  ……
  ……
  ……

- Auriez-vous besoin de matériel adapté ? Si oui, de quel matériel ?

  .....
  .....
  .....

- **Seriez-vous intéressé par un outil d'information écrit destiné au personnel soignant et portant sur la prise en charge de la dysphagie ?**

  oui **non**

  Quels seraient selon vous les sujets à aborder de façon prioritaire dans un tel support ? *(plusieurs réponses possibles)*

  - La physiologie de la déglutition normale
  - Les différents types de fausses routes
  - Les signes d'alerte d'un trouble de déglutition
  - Les postures de sécurité
  - Les différentes textures, et les aliments autorisés dans chaque cas
  - La conduite à tenir en cas de doute sur la déglutition d'un patient
  - La conduite à tenir en cas de fausse-route massive (étouffement)
  - Le rôle de l'orthophoniste dans la prise en charge de la dysphagie
  - Autres :

    ……
    ……
    ……

……
……

- Désirez-vous que je vous communique les résultats de cette enquête ?

  Si oui, merci de me laisser votre adresse mail :

……

- Autres remarques et commentaires éventuels :

  ……
  ……
  ……
  ……
  ……
  ……

Un grand merci pour votre participation !

Annexe 5 : Lettre accompagnant le questionnaire destiné aux soignants

Hélène MERIAU
Etudiante en 4e année d'orthophonie

Madame, Monsieur,

Actuellement en dernière année d'orthophonie, j'étudie, dans le cadre de mon mémoire de fin d'études, la prise en charge des troubles de la déglutition en maison de retraite et service de long séjour. En effet, en gériatrie, les soignants se trouvent parfois démunis face à de tels troubles, alors que des moyens simples pourraient permettre d'améliorer grandement le confort des patients. Mon travail vise donc à faire un état des lieux des besoins des soignants dans ce domaine, afin d'y répondre de façon adaptée.

Pour cela, je dois, dans un premier temps, interroger des professionnels qui accompagnent les résidents au quotidien, et en particulier au cours des repas, au moyen d'un questionnaire que j'ai réalisé moi-même. Ce questionnaire est anonyme et ne mentionne pas le nom de l'établissement.

A terme, mon travail devrait notamment déboucher sur la création d'un support d'information destiné aux équipes soignantes, et fournissant des conseils pratiques pour une meilleure prise en charge de la dysphagie de la personne âgée.

C'est pourquoi je vous saurais gré de me retourner le questionnaire ci-joint, complété par vos soins, avant mi-janvier 2013. Pour toute question, n'hésitez pas à me solliciter par mail ou par téléphone.

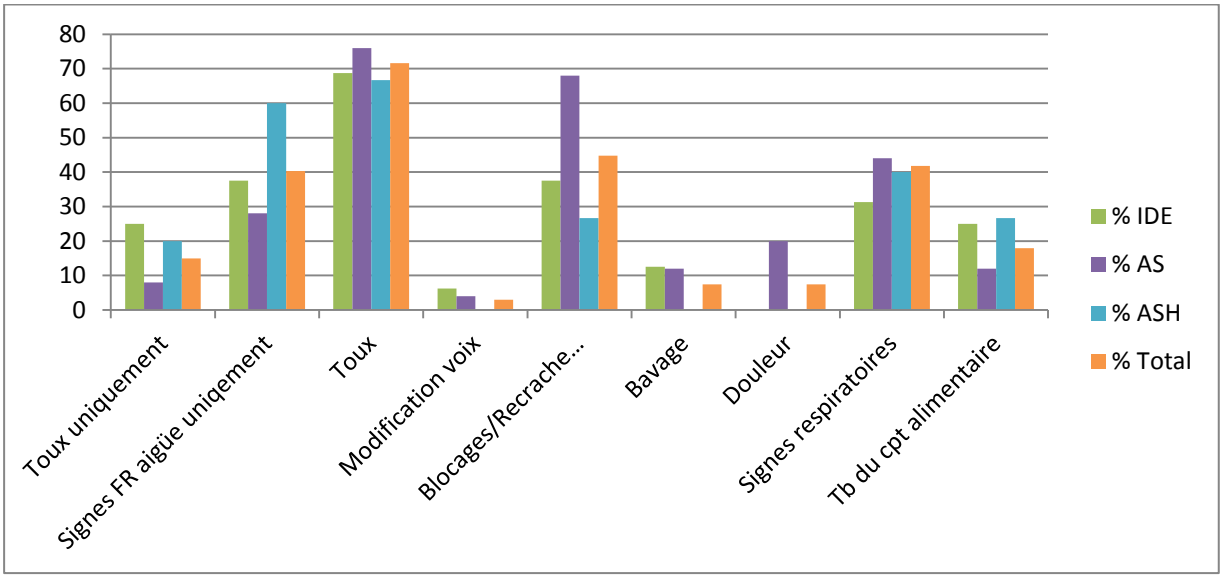
Vous remerciant d'avance pour votre collaboration, je vous prie d'agréer, Madame, Monsieur, l'expression de mes sentiments les meilleurs.

Hélène MERIAU

Annexe 7 : Analyse des réponses aux questions ouvertes (questionnaire destiné aux soignants)

Pour chaque question, plusieurs types de réponses peuvent avoir été donnés ensemble par un même soignant, excepté les types de réponses écrits en italique.

❖ **Quels sont les signes qui vous font suspecter un trouble de la déglutition chez un patient pendant les repas ?**



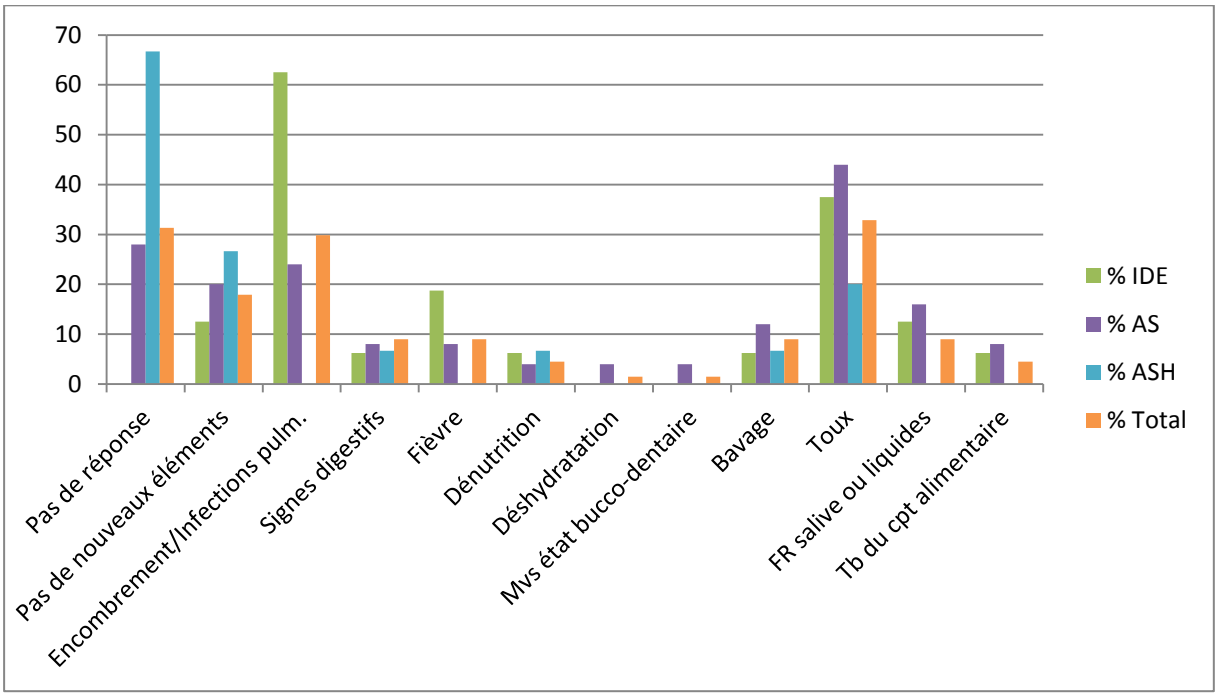
E- Figure DD : Répartition des réponses des soignants à la question « Quels sont les signes qui vous font suspecter un trouble de la déglutition chez un patient pendant les repas ? »

F- Tableau f : Explication du classement des réponses en différents types

Type de réponse	Caractéristiques / Exemples	% de l'ensemble des soignants ayant donné ce type de réponse
Toux uniquement	*La seule réponse mentionnée est une réponse du type « Toux » ou « Le résident tousse ».*	*14,92537313*
Signes de fausse route aigüe uniquement	*Les seules réponses mentionnées sont de type : « étouffement », « larmoiement », « sueur », « cyanose »…*	*40,29850746*
Toux	Réponses de type : « « Toux », « Le résident tousse ».	71,64179104
Modification de la voix	« Voix mouillée », « Voix éraillée »…	2,985074627
Blocage/Absence de déglutition/Recrache	« Garde l'aliment dans la bouche », « N'avale pas », « Recrache les aliments », « Blocages d'aliments », « Malaxe et tourne les aliments dans sa bouche »…	44,7761194
Bavage	« Salivation importante », « Bave »…	7,462686567
Douleur	« Douleur », « Douleur à la déglutition »…	7,462686567
Signes respiratoires	« Cyanose », « Etouffement », « Gêne respiratoire »…	41,79104478
Troubles du comportement	« Refuse de manger », « Dégoût alimentaire »,	17,91044776

alimentaire	« Prendre des trop grosses bouchées ».	

❖ **Quels sont les signes qui vous font suspecter un trouble de déglutition chez un patient en-dehors des repas ?**



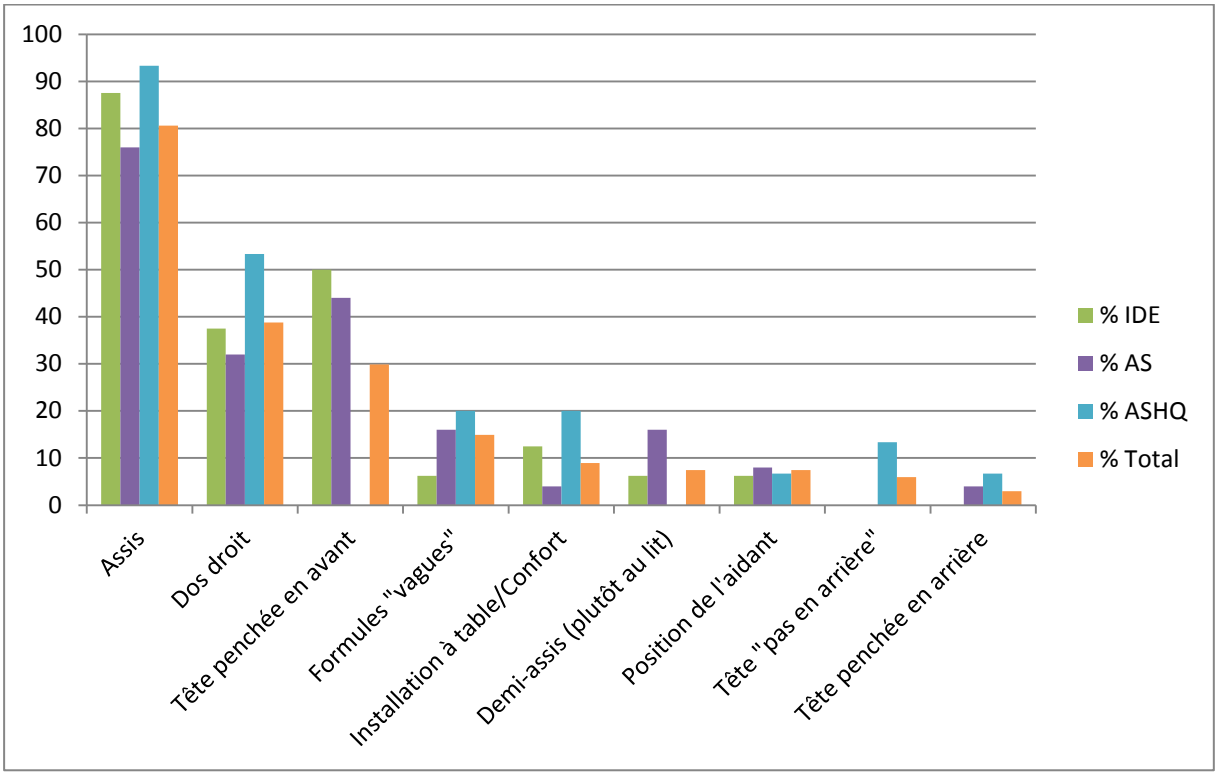
G- Figure EE : Répartition des réponses des soignants à la question « Quels sont les signes qui vous font suspecter un trouble de déglutition chez un patient en-dehors des repas ? »

H- Tableau g : Explication du classement des réponses en différents types

Type de réponse	Caractéristiques / Exemples	% de l'ensemble des soignants ayant donné ce type de réponse
Pas de réponse		*31,34328358*
Pas de nouveaux éléments par rapport à « Pendant »	*Le soignant mentionne des éléments très similaires à ceux qu'il a mentionnés à la question précédente.*	*17,91044776*
Encombrement/Infections pulmonaires	« Pneumopathies », « Encombrement bronchique »…	29,85074627
Signes digestifs	« Régurgitations », « Vomissements », « Nausées »…	8,955223881
Fièvre	« Fièvre », « Hyperthermie, « Température »	8,955223881
Dénutrition	« Perte de poids », « Installation d'une dénutrition »…	4,47761194
Déshydratation		1,492537313
Mauvais état bucco-dentaire	« L'état bucco-dentaire »	1,492537313
Bavage	« Bave »	8,955223881
Toux	« Tousse », « Une toux »…	32,8358209
Fausses routes à la salive et/ou aux liquides donnés hors des repas	« S'étouffe avec l'eau, sirop », « Toux avec la salive »…	8,955223881
Troubles du comportement	« Refus alimentation », « Refus de manger »,	4,47761194

alimentaire	Observer comportement »	

❖ **Comment positionnez-vous le patient pour que la déglutition se passe mieux ?**

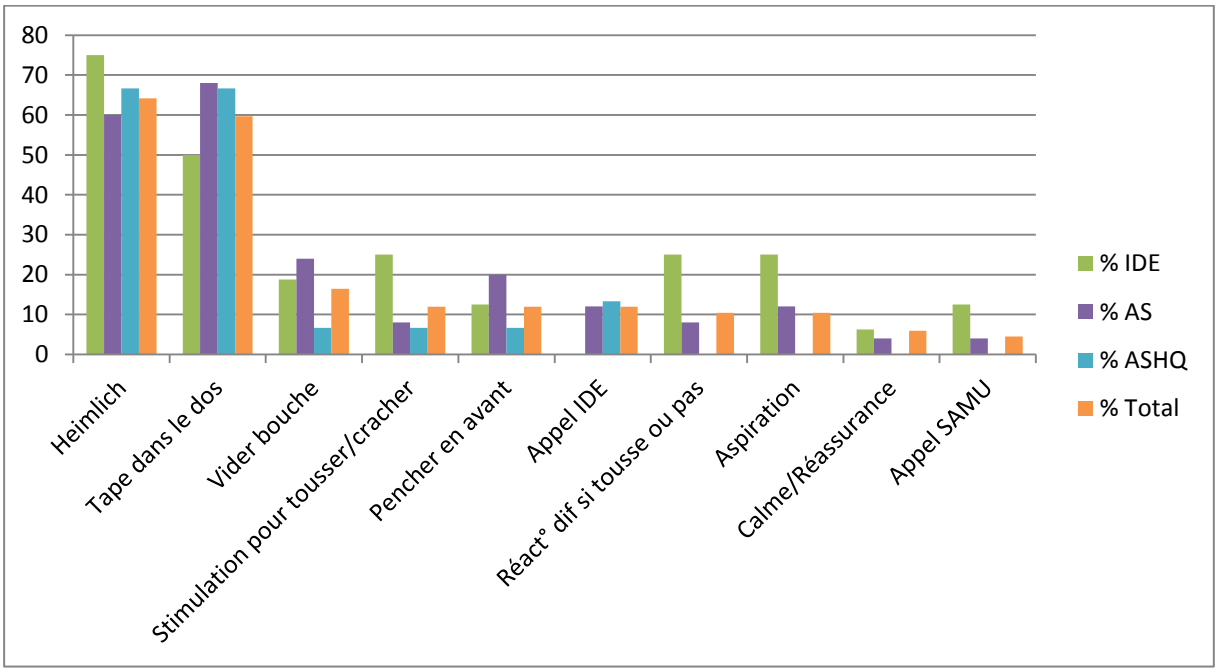


I- Figure FF : Répartition des réponses des soignants à la question « Comment positionnez-vous le patient pour que la déglutition se passe mieux ? »

J- Tableau h : Explication du classement des réponses en différents types

Type de réponse	Caractéristiques / Exemples	% de l'ensemble des soignants ayant donné ce type de réponse
Assis	« Assis », « En position assise »	80,59701493
Dos droit	« Le dos droit », « Bien droit »	38,80597015
Tête penchée en avant	« Le menton fléchi sur la poitrine », « La tête bien en avant », « La tête un peu en avant »…	29,85074627
Formules « vagues »	Formules floues, difficilement interprétables, telles que « En bonne position », « Bien assis »…	14,92537313
Notion d'installation à table, de confort	« A bonne hauteur », « En face de ses aliments »…	8,955223881
Demi-assis (plutôt au lit)		7,462686567
Notion de position de l'aidant	« Face au patient », « A côté du patient »…	7,462686567
Tête « pas en arrière »	« Tête droite, non penchée en arrière et pas trop vers l'avant »	5,970149254
Tête penchée en arrière		2,985074627

❖ **Si un patient avale de travers et « s'étouffe », que faites-vous ?**

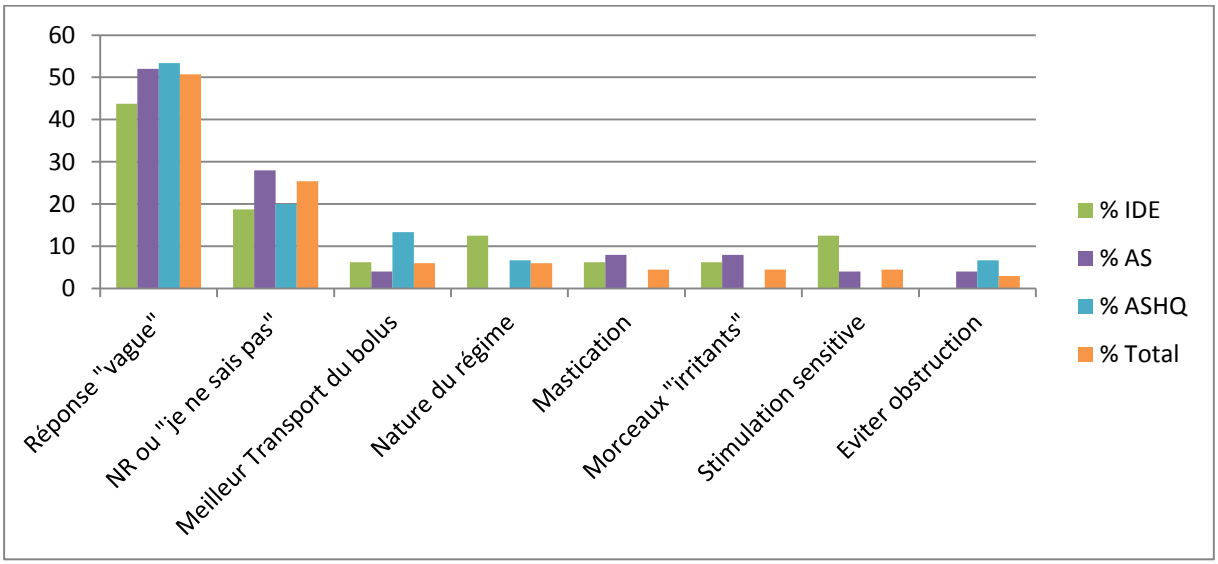


K- Figure GG : Répartition des réponses des soignants à la question : « Si un patient avale de travers et s'étouffe, que faites-vous ? »

L- Tableau i : Explication du classement des réponses en différents types

Type de réponse	Caractéristiques / Exemples	% de l'ensemble des soignants ayant donné ce type de réponse
Manœuvre de Heimlich	« Manœuvre de Heimlich », « Je pratique la méthode Heimlich », « Heimlich en dernier recours »	64,17910448
Taper dans le dos	« Tape dans le dos », « Tapoter dans le dos »	59,70149254
Vider la bouche	« Enlever le dentier, enlever ce qu'il y a dans la bouche »	16,41791045
Stimulation pour tousser/cracher	« Je lui dis de tousser ou de cracher », « Faire cracher ou tousser »	11,94029851
Pencher le patient en avant	« Faire pencher en avant pour que l'obstacle dégagé sorte de la bouche », « Je le bascule en avant »	11,94029851
Appeler l'IDE	« J'appelle l'IDE »	11,94029851
Réaction différente selon que le patient tousse ou non	« S'il tousse je le rassure, j'appelle l'IDE. S'il ne tousse pas, je tape sur le dos et appelle l'IDE »	10,44776119
Aspiration	« Aspiration des sécrétions »	10,44776119
Garder son calme/Rassurer le patient	« Je le rassure », « Pas de panique, pour qu'il reste concentré sur ses réactions »	5,970149254
Appeler le SAMU	« Appel SAMU »	4,47761194

❖ **Savez-vous pourquoi les patients dysphagiques ont un régime particulier ?**



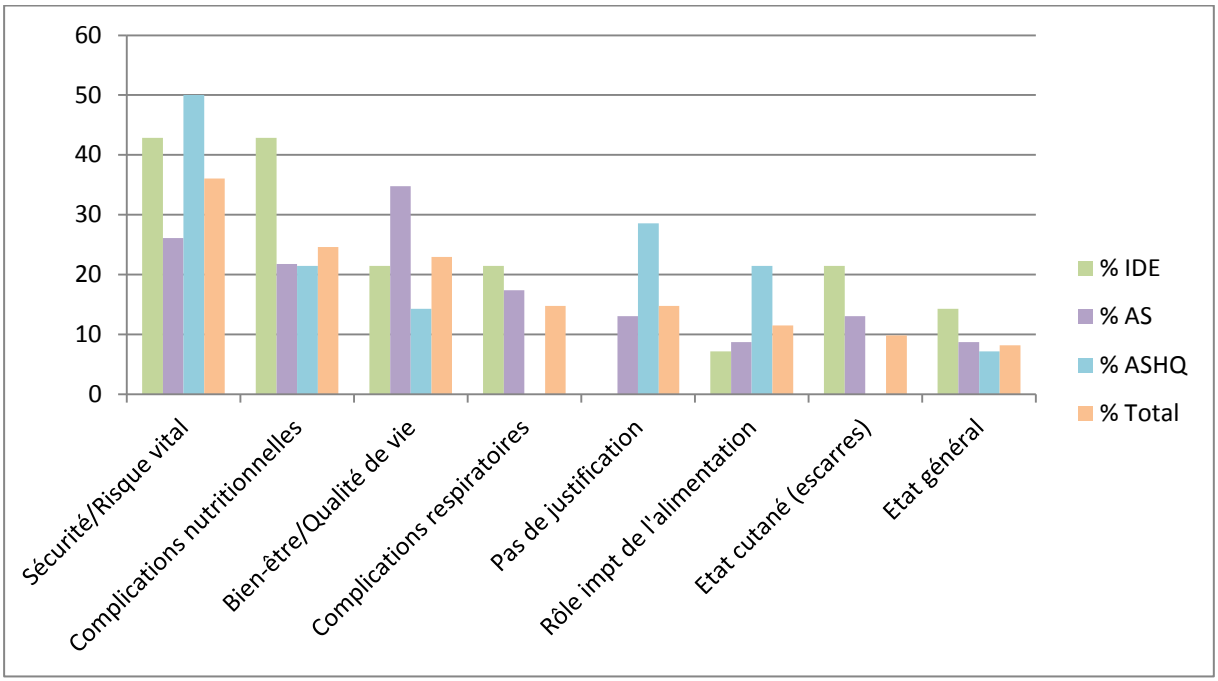
M- Figure HH : Répartition des réponses des soignants à la question : « Savez-vous pourquoi les patients dysphagiques ont un régime particulier ? »

N- Tableau j : Explication du classement des réponses en différents types

Type de réponse	Caractéristiques / Exemples	% de l'ensemble des soignants ayant donné ce type de réponse
Réponse « vague »	*« Pour faciliter la déglutition », « Pour éviter les fausses routes », « En lien avec la gêne pour avaler »*	*50,74626866*
Pas de réponse ou « Je ne sais pas »		*25,37313433*
Permet un meilleur transport du bolus	« Faciliter le passage du bol alimentaire vers l'œsophage », « La nourriture mixée descend plus facilement vers l'œsophage »	5,970149254
Détails sur la nature du régime	« Exemple : eau gazeuse », « Texture non liquide, température acide ou salée »	5,970149254
Les patients ont des difficultés à mastiquer	« Car pas ou peu de mastication », « Problèmes dentaires »	4,47761194
Les morceaux sont « irritants » pour ces patients	« Pour éviter les morceaux qui irritent »	4,47761194
Permet une stimulation sensitive	« Pour qu'ils ressentent une texture dans la bouche », « Il faut privilégier les aliments et boissons stimulant la sensibilité endo-buccale »	4,47761194
Permet d'éviter l'obstruction des voies respiratoires	« Aliments mixés pour éviter qu'un aliment obstrue les voies respiratoires et digestives »	2,985074627

❖ **<u>Pour vous, dans le cadre de la démarche de soins à la personne âgée, la surveillance et la prise en charge de la déglutition est : Prioritaire / Secondaire / Accessoire ? Quelle que soit votre réponse, pouvez-vous expliquer pourquoi ?</u>**

NB : Nous analysons ici uniquement les justifications des soignants ayant choisi la réponse « Prioritaire » à la première partie de la question[19], ces justifications étant les plus intéressantes.



O- Figure II : Question sur la place de la prise en charge de la déglutition dans le projet de soins : répartition des justifications des soignants ayant répondu « Prioritaire »

P- Tableau k : Explication du classement des réponses en différents types

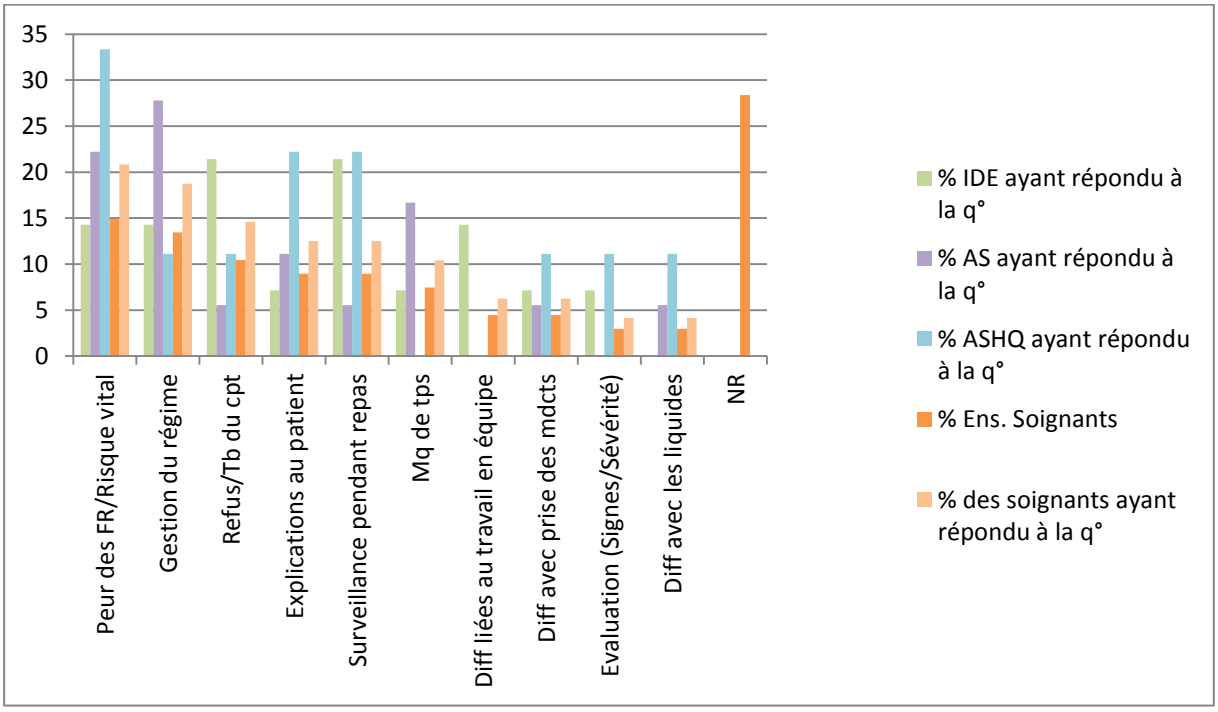
Type de réponse	Caractéristiques / Exemples	% des soignants[20] ayant donné ce type de réponse
Sécurité/Risque vital	« Il y a un risque vital à court terme », « C'est la sécurité du résident »	36,06557377
Complications nutritionnelles	« Peut entraîner une dénutrition de la part du résident qui a peur de manger », « Sinon ne s'alimente pas ou ne s'hydrate pas en fonction de ses besoins »	24,59016393
Bien-être/Qualité de vie	« Pour certaines personnes l'alimentation est leur seul plaisir », « Pour le bien-être du résident »	22,95081967
Complications respiratoires	« Pour éviter un encombrement bronchique », « Risque d'infection pulmonaire »	14,75409836
Pas de justification		*14,75409836*
Rôle important de l'alimentation chez la personne âgée	« La nutrition et l'hydratation sont essentielles dans la prise en charge de la personne âgée », « L'alimentation est essentielle dans la prise en	11,47540984

[19] Soit 61 soignants dont 14 IDE, 23 AS, 14 ASHQ et 10 Autres professionnels.

[20] Pourcentage des soignants ayant donné ce type de réponse parmi les 61 soignants ayant répondu « Prioritaire ».

	charge du résident »	
Etat cutané (escarres)	« Pour permettre […] une diminution des risques […] d'altération de l'état cutané »	9,836065574
Etat général	« Conséquences sur son état physique », « Les conséquences d'un dysfonctionnement de la déglutition peuvent être […] : altération de l'état général »	8,196721311

❖ **Qu'est-ce qui est le plus difficile pour vous dans la prise en charge de la dysphagie ?**



Q- Figure JJ : Répartition des réponses des soignants à la question « Qu'est-ce qui est le plus difficile pour vous dans la prise en charge de la dysphagie ? »

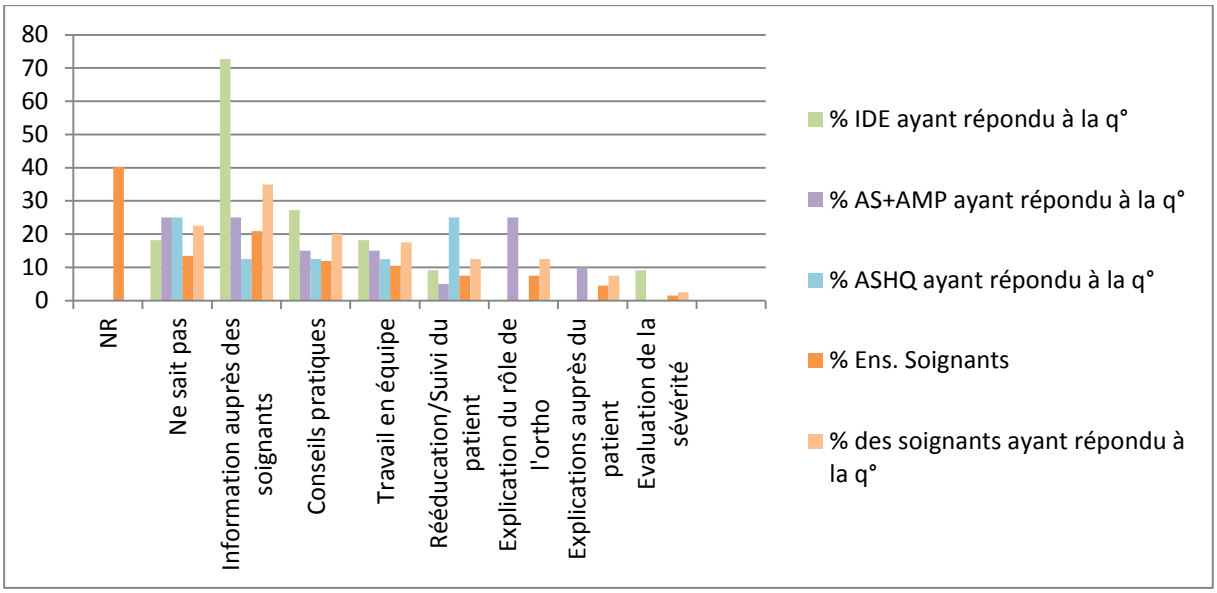
R- Tableau l : Explication du classement des réponses en différents types

Type de réponse	**Caractéristiques / Exemples**	**% des soignants[21] ayant donné ce type de réponse / *% de l'ens. des soignants ayant donné ce type de réponse***
Peur des fausses routes/Risque vital	« La peur des fausses routes », « Toujours peur qu'il s'étouffe », « Des situations d'urgence »	20,83333333 *14,92537313*
Gestion du régime/Conservation du plaisir de manger	« Trouver les textures des aliments qui leur conviennent le mieux sans les priver du désir de manger », « Savoir quel aliment on peut lui donner », « A quel moment on doit	18,75 *13,43283582*

[21] Pourcentage des soignants ayant donné ce type de réponse parmi les 48 soignants ayant répondu à la question.

	changer de texture »	
Refus/Troubles du comportement	« L'opposition du patient », « Savoir si réellement ce qu'il mange ne passe pas ou s'il le refuse »	14,58333333 *10,44776119*
Expliquer son trouble et son régime au patient	« Le résident ne comprend pas forcément pourquoi il mange comme ça et pas comme les autres »	12,5 *8,955223881*
Surveillance pendant les repas	« La vigilance au moment des repas : rester à côté d'eux, ce qui pourrait les gêner », « La surveillance pendant les repas, être très attentif »,	12,5 *8,955223881*
Manque de temps	« Prendre le temps », « Le manque de temps », « Surcharge de travail, manque d'effectifs »	10,41666667 *7,462686567*
Difficultés liées au travail en équipe	« L'infirmière doit seule gérer la situation : le reste du personnel est non formé donc démuni… », « Gérer l'angoisse de certains soignants qui je pense transmettent leur angoisse aux résidents »	6,25 *4,47761194*
Difficultés lors de la prise des médicaments	« La prise de traitement », « La prise des médicaments style Efferalgan, gouttes, tout liquide »	6,25 *4,47761194*
Reconnaître les signes de dysphagie/Evaluer la sévérité	« Les signes d'une fausse route », « Evaluation du risque et identification des facteurs de risque »	4,166666667 *2,985074627*
Difficulté avec les liquides en particulier	« L'hydratation », « Toutes les boissons et liquides »	4,166666667 *2,985074627*
NR (non-réponse)		*28,35820896*

- **<u>Qu'attendriez-vous de l'intervention de l'orthophoniste dans votre structure, dans le domaine de la dysphagie ?</u>**



S- Figure KK : Répartition des réponses des soignants à la question : « Qu'attendriez-vous de l'intervention de l'orthophoniste dans votre structure, dans le domaine de la dysphagie ? »

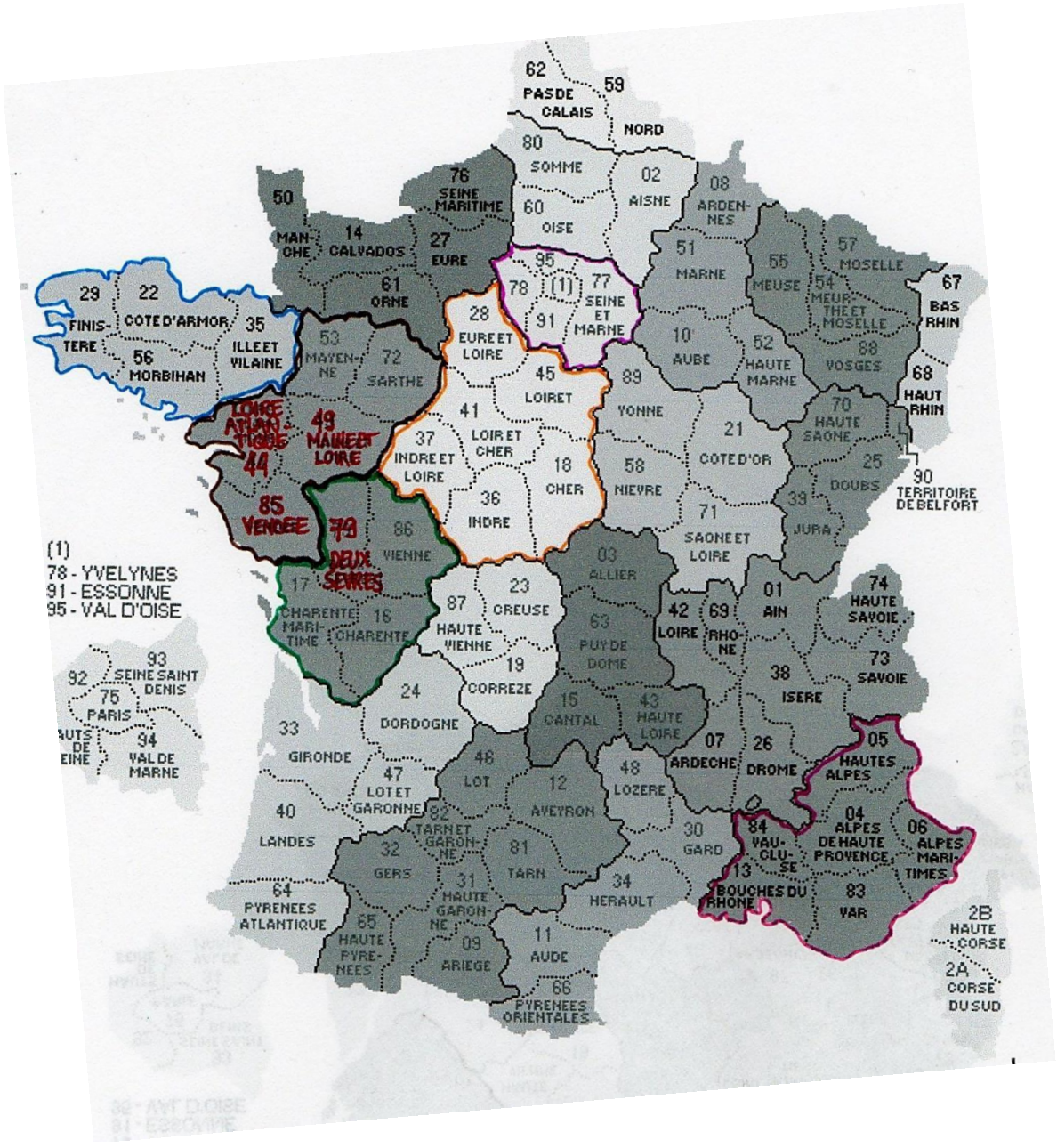
T- Tableau m : Explication du classement des réponses en différents types

Type de réponse	**Caractéristiques / Exemples**	**% des soignants[22] ayant donné ce type de réponse / *% de l'ens. des soignants ayant donné ce type de réponse***
NR (non-réponse)		*40,29850746*
Ne sait pas	« Je ne sais pas », « Aucune idée », « Je ne sais pas exactement quel est son rôle »	22,5 *13,43283582*
Information auprès des soignants	Termes génériques touchant à la formation et à l'information (avec un aspect davantage théorique) : « Formation auprès des soignants », « Apport de connaissances sur le sujet »…	35 *20,89552239*
Conseils pratiques	Demande d'informations ayant davantage un aspect pratique : « Des moyens pour améliorer la prise en charge de ces résidents », « Accompagnement pour le déroulement des repas des patients à risque »	20 *11,94029851*
Travail en équipe/Soutien de l'équipe	« Rassurer le personnel soignant », « Un travail en collaboration »	17,5 *10,44776119*
Rééducation/Suivi du patient	« Rééducation déglutition », « Intervention au niveau du patient »	12,5 *7,462686567*
Explication du rôle de l'orthophoniste	« Qu'il explique son rôle », « Séance avec l'orthophoniste pour voir comment cela se	12,5 *7,462686567*

[22] Pourcentage des soignants ayant donné ce type de réponse parmi les 40 soignants ayant répondu à cette question.

	passe »	
Explication de son trouble au patient	« Explications auprès des patients ‘difficiles’, qui sont souvent dans le refus »	7,5 *4,47761194*
Evaluation du degré de sévérité de la dysphagie	« Nous informer sur le degré d’altération de la fonction de déglutition »	2,5 *1,492537313*

Annexe 8 : Situation géographique des différentes régions où exercent les professionnels ayant participé à l'étude



LEGENDE

Bretagne, **Centre**, **Ile de France**, **PACA**, **Pays de Loire**, **Poitou-Charentes** = régions d'exercice des médecins coordonnateurs et orthophonistes ayant participé à l'étude

Loire-Atlantique, Maine-et-Loire, Vendée, Deux-Sèvres = départements d'exercice des soignants ayant participé à l'étude

CC