



HAL
open science

La presbyphagie : le vieillissement de la déglutition : plainte et vécu des personnes concernées

Camille Lambert, Anne-Laure Ménage

► To cite this version:

Camille Lambert, Anne-Laure Ménage. La presbyphagie : le vieillissement de la déglutition : plainte et vécu des personnes concernées. Sciences cognitives. 2013. dumas-00868599

HAL Id: dumas-00868599

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-00868599>

Submitted on 30 Oct 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 PRESBYPHAGIE : le vieillissement de la déglutition

Plainte et vécu des personnes concernées

Sous la direction de Nathalie Hilaire
Orthophoniste

ANNEE UNIVERSITAIRE 2012/2013

Camille LAMBERT
Née le 22/06/1990

Anne-Laure MENAGE
Née le 02/05/1988

REMERCIEMENTS

Nous tenons à remercier chaleureusement,

Nathalie Hilaire pour sa disponibilité, sa confiance, le partage de son expérience ainsi que son regard qui nous seront ô combien précieux dans notre pratique professionnelle,

Isabelle Da Costa, orthophoniste, pour son dévouement et sa complaisance en nous présentant auprès de l'équipe soignante d'une maison de retraite,

Les orthophonistes Virginie Ruglio, Agnès Brabant, Florence Marquis, Laure Soulez Larivière pour nous avoir épaulées dans notre étude,

La maison de retraite « Le Jardin des Acacias » à St Maurice pour leur accueil,

Le service social des personnes âgées de Paris, et particulièrement Mme Barbot et le Docteur Soudani pour le temps qu'elles nous ont accordé,

Les documentalistes de la bibliothèque de la Fondation Nationale de Gérontologie à l'hôpital Sainte Périne pour leur patience et leur amabilité,

Et toutes les personnes âgées et leurs proches que nous avons rencontrés sans qui cette étude n'aurait pu être menée à bien,

MERCI

à Camille pour son implication, sa sérénité qui ont contribué aux bons moments passés autour de ce mémoire,

au Chevalier blanc, à ma famille et à mes amis pour leur bienveillance,

à mes maîtres de stage pour le partage de leur pratique,

A ma grand-mère...

MERCI

à Anne-Laure pour son travail, sa bonne humeur permanente et le cnrtl bien sûr qui nous a déclenché plusieurs fous rires !

à Martial et à ma famille pour leur soutien,

à Karine, Mélanie, Léonor, Sarah, Cécile et Marie pour ces quatre merveilleuses années passées ensemble...

Engagement de non plagiat

Nous, soussignées Anne-Laure Ménage et Camille Lambert, déclarons être pleinement conscientes 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, nous nous engageons à citer toutes les sources que nous avons utilisées pour écrire ce mémoire.

TABLE DES MATIERES

INTRODUCTION.....	1
--------------------------	----------

PARTIE THEORIQUE

CHAPITRE 1 : LE VIEILLISSEMENT	2
---	----------

I. DEFINITIONS (<i>partie rédigée en commun</i>)	2
--	---

A. Définition du vieillissement.....	2
--------------------------------------	---

B. Définition de la personne âgée	2
---	---

II. LE VIEILLISSEMENT : UNE CREATION CULTURELLE DE NOTRE SOCIETE OCCIDENTALE (<i>partie rédigée par Anne-Laure</i>)	4
---	---

A. Approche anthropologique	4
-----------------------------------	---

B. La vieillesse dans notre histoire.....	5
---	---

C. La vieillesse aujourd'hui	5
------------------------------------	---

1. Vieillir dans une société industrielle.....	5
--	---

2. Les représentations sociales de la vieillesse	6
--	---

a. Un regard extérieur.....	6
-----------------------------	---

b. Un regard intérieur	6
------------------------------	---

3. Vers de nouvelles représentations sociales de la vieillesse	7
--	---

4. La maltraitance.....	8
-------------------------	---

III. LE VIEILLISSEMENT A TRAVERS D'AUTRES CULTURES	9
<i>(partie rédigée par Anne-Laure)</i>	

A. Vieillir dans les plaines de Colombie	9
--	---

B. Vieillir en Afrique subsaharienne.....	10
---	----

IV. REGARD PSYCHANALYTIQUE SUR LE VIEILLISSEMENT	10
<i>(partie rédigée par Camille)</i>	

V. ALIMENTATION ET VIEILLISSEMENT (<i>partie rédigée par Anne-Laure</i>)	11
--	----

A. Regard psychanalytique sur l'alimentation (<i>partie rédigée par Camille</i>).....	11
---	----

B. Regard sociologique sur l'alimentation.....	12
--	----

1. Aspects psychosociaux de l'alimentation	12
--	----

a.	Plaisirs et préférences alimentaires.....	12
b.	Alimentation et culture.....	12
c.	Alimentation plaisir et environnement.....	13
2.	Les symboles alimentaires.....	13
a.	La consubstantialité.....	13
b.	Le repas, un vecteur social.....	14
3.	Les formes de sociabilité alimentaire.....	15
a.	Cas de la personne âgée vivant en couple à domicile.....	15
b.	Cas de la personne âgée vivant seule à domicile.....	16
c.	Cas de cohabitation intergénérationnelle.....	16
d.	Cas de la personne âgée institutionnalisée.....	16
 CHAPITRE 2 : LA DEGLUTITION		17
I.	DEFINITION.....	17
II.	LES ORGANES DE LA DEGLUTITION (<i>partie rédigée par Anne-Laure</i>).....	17
A.	La cavité orale.....	17
B.	La langue.....	18
C.	Les muscles masticateurs.....	18
D.	Le larynx.....	19
E.	Le pharynx.....	20
F.	Le sphincter supérieur de l'œsophage.....	21
III.	LE CONTROLE NEUROLOGIQUE DE LA DEGLUTITION.....	21
IV.	LA PHYSIOLOGIE DE LA DEGLUTITION (<i>partie rédigée par Camille</i>).....	23
A.	La phase orale.....	23
1.	La phase orale préparatoire.....	23
2.	La phase orale.....	24
B.	La phase pharyngée.....	24
C.	La phase œsophagienne.....	25

V. LE DYSFONCTIONNEMENT DE LA DEGLUTITION (<i>partie rédigée en commun</i>).....	26
A. La dysphagie.....	26
B. Les conséquences d'un trouble de la déglutition.....	27
C. Prise en charge orthophonique d'un trouble de la déglutition.....	27
VI. L'EVOLUTION DE LA DEGLUTITION DEPUIS LA VIE INTRA-UTERINE.....	29
CHAPITRE 3 : LE VIEILLISSEMENT DE LA DEGLUTITION.....	30
(<i>partie rédigée en commun</i>)	
I. DEFINITION DE LA PRESBYPHAGIE.....	30
II. LES CARACTERISTIQUES DE LA PRESBYPHAGIE (<i>partie rédigée par Camille</i>).....	31
A. Le vieillissement des organes	31
1. L'altération de l'état bucco-dentaire	31
2. Le vieillissement de l'appareil digestif.....	32
3. L'altération du système musculaire.....	33
4. L'altération du système neurologique	33
5. L'altération du système sensoriel	33
6. Autres modifications.....	34
B. L'altération des 3 phases de la déglutition.....	34
1. L'altération de la phase orale.....	35
2. L'altération de la phase pharyngée	35
3. L'altération de la phase œsophagienne.....	36
III. LES RETENTISSEMENTS DU VIEILLISSEMENT DE LA DEGLUTITION.....	36
A. Risque de dénutrition et de déshydratation des personnes âgées	36
B. Retentissement psychologique et altération de la qualité de vie	38
1. Concepts de la qualité de vie	38
2. Dépression de la personne âgée	39
3. Les changements de comportements alimentaires.....	39
C. Retentissement sur les relations intrafamiliales et vécu des proches	40
1. La notion de famille, d'aidant.....	40

2.	L'inversion des rôles.....	41
3.	Le sentiment de culpabilité.....	41
4.	L'effet miroir.....	42
5.	Le sentiment d'étrangeté.....	42
6.	La souffrance et la peur.....	42

PARTIE PRATIQUE

I.	Problématique et objectifs de l'étude	44
A.	Problématique.....	44
B.	Objectifs de l'étude.....	44
II.	Hypothèses	45
A.	Hypothèses principales	45
B.	Hypothèses secondaires	45
III.	Méthodologie	46
A.	Population de l'étude	46
1.	Critères d'inclusion	46
2.	Critères d'exclusion	46
3.	Constitution de la population	46
a)	Démarche de recrutement.....	46
b)	Population témoin : exclusion	47
c)	Description de la population finale	48
B.	Les limites.....	48
C.	Les moyens	48
1.	Le DHI (Deglutition Handicap Index).....	48
a)	Présentation	48
b)	Cotation	49
2.	Questionnaire-entretien.....	50
3.	Questionnaire destiné à un proche du sujet.....	50
4.	Déroulement de l'entretien	51
D.	Méthode d'analyse.....	51
1.	Analyse du DHI et du questionnaire-entretien.....	51
2.	Analyse du questionnaire destiné à un proche.....	52

IV. Analyse des résultats	52
V. Discussion	90
A. Confrontation des résultats et des hypothèses	90
1. Hypothèses principales	90
2. Hypothèses secondaires	91
B. Quelles solutions pour la prise en charge de ces patients ?	96
C. Limites de l'étude	97
CONCLUSION.....	98

BIBLIOGRAPHIE

GLOSSAIRE

ANNEXES:

- **Annexe 1 : Lettre destinée aux ORL**
- **Annexe 2 : Deglutition Handicap Index (DHI)**
- **Annexe 3 : Questionnaire-entretien**
- **Annexe 4 : Questionnaire destiné à un proche**
- **Annexe 5: Tableau récapitulatif de la cavité orale**
- **Annexe 6 : Tableau présentant les retentissements possibles d'une presbyphagie dans les différentes phases de la déglutition**
- **CD contenant le DHI, la transcription des questionnaires-entretiens des sujets, les questionnaires destinés à un proche du sujet**

A table !

« Que pourrait-on refuser à celle qui nous soutient de la naissance au tombeau, qui accroît les délices de l'amour et la confiance de l'amitié, qui désarme la haine, facilite les affaires, et nous offre, dans le court trajet de la vie, la seule jouissance qui, n'étant pas suivie de fatigue, nous délasse encore de toutes les autres ».

Cette citation du renommé gastronome français, Brillat-Savarin (1825), nous met certes en appétit en illustrant les différentes valeurs de l'alimentation et le plaisir qu'elle procure mais elle peut paraître idyllique aux yeux de certains. Bien sûr, l'alimentation est l'un des nombreux éléments reconnus qui contribuent à ce que l'être humain reste en bonne santé car elle a un rôle indispensable dans le maintien de nos capacités physiques, intellectuelles et dans notre bien-être psychique. Cependant, nous verrons que les personnes âgées peuvent le vivre comme un paradis perdu, de nombreux repas pouvant être « difficiles à digérer ». Depuis 2011, le Programme National pour l'Alimentation (PNA) vise à assurer une alimentation suffisante et de qualité, accessible à tous, notamment aux personnes les plus fragiles que sont, entre autres, les personnes âgées. Améliorer leur alimentation, c'est s'intéresser non seulement au contenu de l'assiette mais aussi à tout ce qui gravite autour du repas et qui en fait un moment agréable. La conservation d'un lien social et le plaisir de manger participent à la prévention de la dénutrition et par là-même au maintien de la qualité de vie. En réaction à ces évolutions sociologiques et économiques, ce concept de qualité de vie se renforce tout comme celui de solidarité intergénérationnelle. D'autres programmes mis en place par le gouvernement reflètent ce phénomène d'actualité. En 2011, le plan national « Bien vieillir » a pour ambition de proposer les étapes d'un « vieillissement réussi » du point de vue de la santé individuelle et des relations sociales, en valorisant la mise en œuvre d'actions de prévention adaptées. Récemment, la « Silver Economy » (avril 2013) suit cette ambition et tente de répondre aux besoins des personnes âgées en leur permettant de vivre le plus longtemps possible à domicile.

Ce sujet de santé publique nous a amenées à nous interroger sur le vieillissement de la déglutition qui pourrait entraîner des difficultés et ainsi entraver l'alimentation de la personne âgée. Nous avons donc choisi d'étudier le retentissement de ce vieillissement de la déglutition et le vécu des personnes concernées. Les relations entre la personne âgée et son entourage étant très précieuses, nous avons également cherché à recueillir le témoignage des proches.

Nous vous invitons à notre table pour partager ensemble une première entrée en matière sur vieillissement, sous différents regards, suivi d'un rappel sur le mécanisme de la déglutition fonctionnelle et dysfonctionnelle. Nous mettrons ensuite vos papilles en éveil en vous présentant le vieillissement de la déglutition, soit la presbyphagie, et ses éventuels retentissements.

PARTIE THEORIQUE

CHAPITRE 1 : LE VIEILLISSEMENT

I. DEFINITIONS

A. Définition du vieillissement

Plusieurs professionnels ont tenté de déterminer ce qu'est le vieillissement, nous allons voir qu'il n'est pas aisé de le caractériser avec précision.

Le gériatre François Mouralis (1991), professeur à Paris VI, reconnaît la difficulté à définir la vieillesse : « la vieillesse ne se laisse définir ni par un mécanisme spécifique unique, ni par le seul effet du temps, ni par un mode de décès. Il n'en existe aucune mesure biologique. Toutes les constantes biologiques* gardent la même constance chez le vieillard sain ».

Jean-Pierre Aquino (2012), gériatre également, précise que le vieillissement n'est pas une maladie, mais un phénomène physiologique normal.

Le vieillissement est généralement caractérisé par les effets du temps sur l'être vivant. Il est donc essentiel de différencier le vieillissement normal du vieillissement pathologique marqué par la survenue de maladies au cours de l'avancée en âge. Le terme de vieillissement est sémiologiquement à distinguer de ceux de sénescence, sénilité et dégénérescence. Du latin *senescere* (vieillir) et *senilis-senex* (vieillard), sénescence et sénilité désignent respectivement deux aspects, le normal et le pathologique. Ils résultent d'un même processus par lequel un sujet, durant la période de la vie succédant à la vitalité maximale, évolue progressivement vers un affaiblissement réel de ses potentialités, facultés et fonctions (Bianchi, Gagey et al., 1989).

Sur le plan scientifique et médical, le terme de gérontologie n'apparaît qu'en 1950, et celui de gériatrie en 1961. La gérontologie étudie le vieillissement et ses effets dans son ensemble.

La gériatrie est une discipline issue de la gérontologie qui prend en charge les maladies propres au vieillissement.

L'âge chronologique est un indicateur, un repère. Les politiques sanitaires ou sociales ne doivent pas s'appuyer sur cet âge. Elles doivent être fondées en termes de « fonctionnalités » des sujets. (Henrard, 1997)

B. Définition de la personne âgée

Comme nous l'avons dit précédemment, la personne âgée, ou sujet âgé, est l'individu qui atteint la vieillesse. La vieillesse connaît plusieurs définitions et le seuil d'âge pour définir un sujet

âgé a varié au cours des époques (Belmin, 2003).

Actuellement, l'Organisation Mondiale de la Santé retient le critère d'âge de 65 ans et plus. Nous pouvons parler de 3^{ème} âge (à partir de 65 ans) et de 4^{ème} âge (généralement à partir de 75 ans) (Durand, 1994). La première catégorie représente les jeunes retraités actifs, autonomes et peu concernés par les problèmes de handicap et de fragilité. La seconde catégorie regroupe les individus plus âgés et plus fragiles, concernés par la dépendance à l'entourage et la polypathologie. (Belmin, 2003)

Cependant, en pratique, de nombreux facteurs influencent l'évolution d'un sujet et déterminent son entrée plus ou moins tardive dans l'une ou l'autre des «catégories» précédemment citées (Comino, 2010). Il n'y a pas un vieillissement mais des vieillissements qui peuvent être qualitativement différents selon la personnalité de l'individu, son histoire, sa culture et son contexte socio-familial (Darcourt, 2004). La perception de sa propre vieillesse ou de celle des autres est variable et très relative selon les personnes et/ou le contexte (CNEG, 2010).

D'après R. Gonthier (2001), à partir de 75 ans, nous pouvons également individualiser **trois catégories** de personnes âgées selon leur état de santé.

- La première catégorie regroupe les sujets âgés en bonne santé, autonomes et bien intégrés sur le plan social. Cela représente 65 à 70% des personnes âgées.
- La grande dépendance concerne les sujets âgés dépendant de leur entourage, en mauvais état de santé et souffrant de polypathologies chroniques responsables de handicap et d'isolement social. Cette catégorie concerne 5% des personnes âgées.
- Enfin, les sujets dits «fragiles» sont des sujets présentant un état intermédiaire avec un risque de basculer dans la catégorie des malades. Ils représentent 15 à 25% des personnes âgées (Arveux, Faivre et al., 2002).

On peut ainsi distinguer le vieillissement dit «réussi» de la grande dépendance et de la fragilité.

Le vieillissement «réussi» s'observe chez les personnes qui acceptent le vieillissement physiologique et s'y adaptent en modifiant leur comportement. Cette adaptation tant physique qu'intellectuelle leur permet de maintenir leurs capacités au maximum de leur efficacité.

Le vieillissement avec fragilisation s'observe chez les sujets dont les capacités d'adaptation ont diminué. Cette diminution peut s'expliquer par la maladie ou le manque d'intérêt avec un ralentissement des activités et un moindre attrait pour la société, la famille, les amis. (Lesourd, 2000)

II. LE VIEILLISSEMENT : UNE CREATION CULTURELLE DE NOTRE SOCIETE OCCIDENTALE

Le phénomène de sénescence, et les incapacités qu'il entraîne, varie d'une personne à l'autre: des personnes âgées peuvent être en meilleure santé que certains jeunes. Léandre Nshimrimana (2003), docteur en psychologie, ajoute que « nous pouvons aller plus loin et soutenir que la vieillesse n'existe pas. Ce qui existe, c'est le traitement particulier qu'une culture réserve à ses personnes âgées, en sachant que les repères de l'âge varient eux-mêmes en fonction des époques et des cultures. ».

A. Approche anthropologique

L'anthropologie est une discipline ayant pour objet d'étude les constituants d'une société : ses modes de production économiques, ses techniques, son organisation politique et juridique, ses croyances, son langage. Elle doit montrer comment ces différents domaines sont liés entre eux et font apparaître la spécificité d'une société donnée. François Laplantine (2001), ethnologue et anthropologue, définit l'anthropologie comme « un certain regard, une mise en perspective consistant dans : l'étude de l'homme tout entier, l'étude de l'homme dans toutes les sociétés ; sous toutes les latitudes, dans tous ses états, à toutes les époques ». C'est donc aussi une étude des rapports sociaux dans des conditions historiques déterminées.

D'un point de vue anthropologique, s'intéresser à la personne âgée, c'est s'intéresser aux rôles qu'elle doit jouer dans la société et qui la situent par rapport aux autres groupes d'âge social différent. L'identification à un groupe dépend par exemple de l'âge, de l'état de santé et des activités pratiquées.

C'est seulement depuis les années 50 que l'anthropologie s'est intéressée au phénomène du vieillissement. Ce nouveau domaine de recherche a permis de contribuer à un élargissement des perspectives de la gérontologie naissante. Elle a de cette façon influencé la gérontologie. L'âge de la vieillesse est une construction culturelle et, face à un processus biologique universel, une société peut, soit créer un âge de la vieillesse et donc faire des personnes âgées une catégorie sociale définie, soit nier la particularité de ce vieillissement en ne modifiant rien à leur intégration sociale.

Il y a encore peu d'études comparatives, nous trouvons essentiellement des descriptions isolées de sociétés particulières. C'est une discipline nouvelle et son champ de recherche est à venir. Néanmoins, ces recherches ont mis en évidence la variabilité de la place des personnes âgées et la vieillesse ne peut être pensée comme si partout elle revêtait la même forme. (Santerre, Létourneau, 1989)

B. La vieillesse dans notre histoire

Au fil de l'Histoire, l'image de la personne âgée évolue. Son rôle change avec le temps. Ainsi, pour comprendre la place que nous lui donnons aujourd'hui, il faut comprendre celle que nous lui attribuions hier.

Jusqu'à la Renaissance, la laideur et la décrépitude étaient les deux qualificatifs les plus souvent attribués à la vieillesse. Au XVII^{ème} siècle, ce sont les désordres mentaux des personnes âgées qui vont alerter et être à l'origine de mesures de protection. Puis, au XVIII^{ème}, au moment où l'enfant prend une place tout à fait spéciale dans la société, le vieillard renvoie à la sagesse et au savoir.

Au XIX^{ème} siècle, les relations familiales ont ensuite été modifiées lors de la révolution industrielle et du fort exode rural. Il s'agirait de la période où la condition des personnes âgées a été la plus affligeante, tant en milieu urbain que rural. Au début du XX^{ème}, deux approches, l'une démographique, l'autre médicale ont corroboré la perception négative de la vieillesse.

C'est à la suite de la Seconde Guerre mondiale (1939-1945) que le terme de vieillissement est né dans les études démographiques. Dans les études statistiques, la population des plus de 60 ans est passée de 13,5% à 16%, la population française ayant perdu un nombre important d'hommes jeunes. Cette nouvelle part de la population interpelle autant les démographes que les gériatres.

Sur un plan économique, les personnes âgées sont perçues comme un frein au développement et une charge pour les plus jeunes : elles deviennent socialement exclues. Patrice Bourdelais, historien et démographe, écrivait déjà en 1997 que « la perception dominante est celle d'une vieillesse guettée par la décrépitude, par la misère à la charge de la famille, de la commune ou de la collectivité départementale ». Aujourd'hui, ce regard n'a pas évolué. Jean-Pierre Aquino (2012) précise que notre société perçoit les retraités comme un fardeau, en raison de leur improductivité bien qu'ils soient consommateurs.

C. La vieillesse aujourd'hui

1. Vieillir dans une société industrielle

Notre société industrielle cherche à discerner une catégorie sociale différenciée et à créer un troisième âge voire un quatrième âge, en les éloignant de l'âge adulte.

En 1800, il apparaissait déjà un phénomène de « pauvreté relative et absolue ». Ce phénomène a pris de l'ampleur comme en témoigne l'intérêt nouveau pour la vieillesse avec la naissance de la gérontologie sociale autour de 1980. Cette prise de conscience a mis en évidence que la société

industrielle était à l'origine des personnes retraitées, inactives et économiquement dépendantes.

En 1980, la vieillesse reflétait la pauvreté, la dépendance avec des problèmes de logement, d'alimentation, d'habillement, de chauffage, etc. A cette période, cette pauvreté pouvait être plus marquée pour les femmes, et notamment les veuves.

Anne-Marie Guillemard (2010), philosophe et sociologue, évoque également certaines situations qui sont plus faciles à vivre que d'autres, selon l'appartenance de classe et les origines ethniques. Nous vous en donnerons un aperçu plus tard.

Bien que ces aspects soient déterminants pour chaque individu, aucun auteur n'affirme que la vieillesse se réduit aux différences de sexe, de classe ou d'appartenance ethnique.

Tous les auteurs s'accordent à dire que la société détermine le début de la vieillesse au moment de la retraite. La retraite est alors « l'instant crucial du passage entre deux âges », ou encore appelée « brisure ». (Arcand, 1982)

2. Les représentations sociales de la vieillesse

a. Un regard extérieur

De tout temps, l'homme a cherché à repousser l'affaiblissement lié au vieillissement. Ne veut-on pas vivre vieux, sans être vieux ? Il existe un paradoxe entre le désir d'une espérance de vie accrue, sans que n'apparaissent les signes de la vieillesse. Nous pouvons remarquer que la volonté de rester jeune est répandue dans notre société. Elle se veut être performante en valorisant la jeunesse, tout comme les médias la prônent. Le recours à la chirurgie plastique, aux remèdes anti-âges, le marché croissant des cosmétiques en sont les marqueurs. Notre société a très souvent une vision négative de la vieillesse telles que la maladie, la dépendance, la solitude, la régression. (Aquino, 2012)

Cependant, quelle que soit la situation (maladie, affaiblissement du lien social voire dépendance), la personne âgée trouve a priori en elle des ressources, de par son vécu et son expérience, pour s'adapter aux changements, assimiler de nouveaux acquis tout en poursuivant son développement. (Gaucher, 2009)

b. Un regard intérieur

Intéressons-nous maintenant à la vieillesse à travers le regard des personnes âgées. Leur vision, leur ressenti, leur vécu ne peuvent que nous aider à mieux appréhender le vieillissement.

Frédéric Balard (2011), anthropologue, a rencontré 130 nonagénaires et centenaires auprès de qui ont été réalisés des entretiens dans le but d'étudier les thématiques du vécu et des représentations

de la vieillesse et du vieillissement. Il en ressort que la conception que les personnes âgées ont d'elles-mêmes n'est jamais celle d'un « vieux ». Deux causes peuvent expliquer cela. La première est que l'âge que l'on a la sensation d'avoir est souvent inférieur à l'âge que l'on a réellement. La personne âgée se considère plus jeune que l'image qu'elle se fait des gens de son âge. La sociologie explique bien la seconde cause, les individus ou groupes « stigmatisés » ont tendance à se situer dans un rapport d'étrangeté avec ceux que l'on désigne alors qu'ils appartiennent au même groupe.

Si les personnes âgées refusent d'être assimilées à des « vieux », elles reconnaissent « se sentir vieillir ». Les personnes âgées d'aujourd'hui cherchent à repousser le plus possible le grand âge en cherchant à en réduire la durée. (Balard, 2011)

3. Vers de nouvelles représentations sociales de la vieillesse

Redonner une place à la vieillesse et faire évoluer les représentations sociales de celle-ci sont les enjeux d'institutions représentatives des personnes âgées. Ces institutions sont en faible nombre en France par rapport à d'autres pays européens. La France n'a pas d'associations nationales issues de la société civile, intervenant dans la protection des intérêts des personnes âgées. Elles sont pourtant des partenaires stimulants pour les pouvoirs publics, et apportent un soutien dans le maintien du lien social et dans la lutte contre l'isolement.

Afin de changer le visage de la vieillesse, il est indispensable de passer par l'acceptation de la différence des âges et l'intégration du vieillissement dans le cycle de vie. Pour cela, des actions intergénérationnelles participent à ce travail de fond en cherchant à rapprocher les générations entre elles.

• L'aide intergénérationnelle

En France, l'épisode de la canicule, en 2003, a démontré que la participation des familles a été plus importante qu'initialement décrit. La place et le rôle des familles ont été discutés, et il a été observé que les liens familiaux ne sont pas en disparition malgré les diverses mutations au sein de la famille et les discours sur l'individualisme et le relâchement des liens familiaux. Deux types d'aide sont à différencier : les solidarités intrafamiliales et les solidarités extrafamiliales.

En 2009, 60% de l'aide auprès des sujets âgés dépendants est assurée par l'aidant naturel seul. Les femmes représentent 70% des aidants naturels, les autres aidants étant des professionnels.

La Haute Autorité de Santé (HAS) définit l'aidant naturel ou informel comme « les personnes non professionnelles qui viennent en aide à titre principal, pour partie ou totalement, à une personne dépendante de son entourage pour les activités de la vie quotidienne. Cette aide régulière peut être

prodiguée de façon permanente ou non, et peut prendre plusieurs formes, notamment le nursing, les soins, l'accompagnement à la vie sociale et au maintien de l'autonomie, les démarches administratives, la coordination, la vigilance permanente, le soutien psychologique, la communication, les activités domestiques, etc. »

La famille est devenue un acteur essentiel et déterminant, notamment dans les prises de décision, en cas de perte d'autonomie de la personne âgée. La moitié des aidants familiaux est le conjoint, un tiers est représenté par un enfant. (Attias-Donfut, 2011)

Les aidants naturels sont un véritable avantage pour la personne âgée sur un plan économique puisqu'ils n'ont aucun intérêt financier.

La HAS met en garde les aidants sur les difficultés éventuelles, le sentiment d'isolement et de rupture sociale. Il existe une insuffisance des moyens de soutien pour les aidants. Ce manque peut être responsable d'un épuisement physique et psychologique (stress chronique, dépression, troubles cardio-vasculaires, etc.) et il peut être à l'origine de situations de rupture et d'isolement pouvant mener à une institutionnalisation de l'aidé, voire de la maltraitance comme nous allons le découvrir.

4. La maltraitance

En France, le gériatre, Robert Hugonot, est le premier à avoir pointé ce sujet dans les années 1990. Aujourd'hui, la maltraitance est un phénomène encore émergent pour lequel nous n'avons pas de chiffres approuvés scientifiquement. Néanmoins le peu d'études révèlent que 5 à 15% des plus de 65 ans et 20% des plus de 80 ans seraient concernés. (Amyot, Faugeras et al., 2013)

L'OMS définit le terme de maltraitance en 2002 comme « tout acte isolé ou répété, ou l'absence d'intervention inappropriée, qui se produit dans toute relation de confiance et cause un préjudice ou une détresse chez la personne âgée ».

Dans la littérature internationale, deux concepts de base permettent de la décrire: la négligence et l'abus. Ces deux derniers gravitent autour des notions d'intentionnalité et de non-intentionnalité. La distinction est subtile et les concepts peuvent se chevaucher, néanmoins, la maltraitance est due à une action inadéquate ou disproportionnée. La maltraitance regroupe plusieurs formes de violence, ayant pour origine une relation complexe entre la personne âgée et son entourage, de telle sorte qu'il est difficile de classer les types d'exercices de maltraitance. Cependant, l'American Medical Association en dégage sept types. Nous pouvons citer dans le contexte de notre étude les abus physiques, psychologiques, les négligences psychologiques et physiques pour lesquelles nous retrouvons le cas de la dénutrition.

Les acteurs de la maltraitance sont différents selon le lieu de vie de la personne. Au domicile, ce sont souvent les membres d'une famille, proches, relations de voisinage, intervenants professionnels, acteurs sociaux et économiques qui en sont les responsables. En établissement, il peut s'agir du personnel soignant, de l'établissement lui-même en ne respectant pas, par exemple, les libertés de chacun, mais aussi des résidents.

Cet acte n'est pas toujours facile à identifier, la personne âgée étant souvent dans une attitude de silence, de soumission voire de protection vis-à-vis de son entourage proche et de sa famille. C'est pourquoi aujourd'hui l'Etat cherche à sensibiliser, informer, prévenir avec de nouvelles politiques sociales, afin que ces personnes âgées puissent être respectées, et mieux prises en charge. (Debout, 2003 ; Delaunay, 2012)

III. LE VIEILLISSEMENT A TRAVERS D'AUTRES CULTURES

Chaque société attribue au vieillissement une coloration spécifique. Au sein de chacune, il existe des éléments qui assignent au vieillissement un caractère différent, une manière différente de le vivre, de le percevoir et de l'accepter.

Autrefois dans les sociétés traditionnelles, la vieillesse était perçue comme un privilège, où l'on considérait les anciens plus à même de diriger les hommes de par leur expérience. Cette vision était souvent imprégnée de sacré : quand Socrate est contraint de boire la ciguë après le procès en impiété qui lui a été intenté, il considère la mort non pas comme une limite mais comme un accomplissement. La mort délivre du corps pour nous donner accès à l'éternité du monde.

Nous voulions vous présenter deux exemples, de deux sociétés non occidentales, ayant des organisations différentes entre elles et avec notre société afin d'apporter de nouvelles réflexions.

A. Vieillir dans les plaines de Colombie

Le modèle des Cuiva, population des plaines de Colombie, constitue un exemple fort car leur société est organisée à l'inverse des sociétés industrialisées. Le contraste est marqué par l'inexistence d'une catégorie sociale de la vieillesse. Cette société indivisée considère qu'une fois sorti de l'enfance, le sujet reste, jusqu'à sa mort, confondu à l'ensemble des adultes. Bernard Arcand (1982), anthropologue québécois, spécifie la société des Cuiva sans vieillesse. Aucun espace social particulier aux personnes âgées n'existe, l'exclusion des vieillards à certaines activités sociales ne pourrait pas être envisagée. Les Cuiva se préservent ainsi de la brisure.

B. Vieillir en Afrique subsaharienne

En Afrique subsaharienne, l'existence d'une catégorie sociale pour les personnes âgées n'est pas concevable. Cette classe sociale n'aurait pas de sens étant donné l'importance de la notion d'aïnesse. Claudine Attias-Donfut définit cette notion en 1994 ainsi : « l'aïnesse est le produit du système social et ne procède en rien de données naturelles. Aïnesse et génération s'élaborent par un processus de construction dialectique entre la pratique et la réflexion ».

Contrairement à notre société, le vieillissement se prépare, s'appriivoise dès le plus jeune âge dans les contes et les jeux. A travers les fortes représentations ancestrales, le temps, le vieillissement et la mort sont associés. Ces représentations structurent les relations intergénérationnelles, sociales, et l'identité de chacun. Les privilèges de l'aîné s'acquièrent par le mérite, par les apprentissages d'une vie entière. En Afrique, les normes du vieillissement sont d'ordre éthique, psychologique, corporel et social. C'est la génération qui opère la transformation du statut entre celui de l'adulte et celui de vieux, plus que l'âge.

Aujourd'hui en Afrique, le pouvoir des aînés est ébranlé, celui-ci tend à se transformer plus qu'à disparaître réellement. De plus, le vieillissement et la mort ne sont pas considérés comme une fin en Afrique, mais comme un passage.

IV. REGARD PSYCHANALYTIQUE SUR LE VIEILLISSEMENT

• Le remaniement de l'identité

C'est un fait qu'une mutation des identifications demande à être opérée dans l'âge mûr. Chacun se trouve alors confronté à une sorte de dérive de l'identité. Mais le maintien, le changement ou la perte d'identifications vont se produire d'une manière tout à fait spécifique pour chaque individu et vont, en définitive, signifier une destinée personnelle.

Le sujet vieillissant peut être désorienté par la nécessité du remaniement identificatoire qu'il rencontre. Tolérer, élaborer la menace de castration radicale qu'implique la mort suppose en effet un remaniement identificatoire tout aussi radical.

Plutôt que de parler de stade, on doit donc ici parler d'un problème unique, qui est le même pour tout le monde, mais qui va être « traité » différemment par chacun, à la fois en fonction de sa structure, mais aussi en tant que sujet.

S'il n'y a donc pas un stade de la post-maturité ou de la vieillesse, il y a des voies diverses suivant lesquelles le problème de la « fin » peut être abordé. Certaines voies seront plus ou moins régressives, d'autres plus ou moins élaboratives. (Bianchi, Gagey et al. 1989)

V. ALIMENTATION ET VIEILLISSEMENT

Manger est un acte incontournable tout au long de la vie : de la naissance à la mort, il ponctue les journées, les saisons, les événements, les relations sociales. Ce repère temporel est également porteur d'une grande charge affective.

Les repas de notre enfance ont ainsi marqué notre imaginaire : plats dont nous raffolons, aliments qui nous déçoivent, odeurs qui réveillent des souvenirs. L'alimentation correspond donc autant à un besoin vital qu'à des représentations significatives dans notre inconscient.

A. Regard psychanalytique sur l'alimentation

S. Freud a décrit le premier stade de l'Homme sous le registre de l'oralité (stade oral). Ce stade recouvre approximativement la première année de la vie.

A ce stade, il existe une équation symbolique pour l'enfant entre la nourriture et la mère. Les difficultés relationnelles avec cette dernière peuvent se traduire directement au niveau de l'alimentation (anorexie, vomissements,...).

Quand le nourrisson a faim, il ressent une tension, il crie, pleure,... Dans le meilleur des cas, la mère répond, le nourrit et lui parle. La tension baisse alors et le nourrisson s'apaise et s'endort même parfois de bien-être. C'est donc au niveau de l'oralité que la tension s'est apaisée. Il nous en reste des traces à l'âge adulte. Ainsi, lors de moments d'angoisse, ne porte-t-on pas à la bouche ? En cas de stress, pourquoi certains se rongent-ils les ongles ? Ou mâchonnent-ils leurs crayons ? Comme si porter à la bouche pouvait apaiser une tension, réduire une angoisse.

Outre la fonction alimentaire, c'est aussi au niveau de l'oralité que les prémisses du plaisir (oral) vont se mettre en place : plaisir de sucer, de téter, etc. Le plaisir de manger, la convivialité, la relation à l'autre sont autant d'exemples de la vie adulte illustrant cette notion de plaisir lié au fait de se nourrir. Bien manger c'est donc se faire du bien. Les gourmets et gastronomes l'assurent. Le slogan : « On se téléphone et on se fait une bouffe » est l'archétype de ce lien : se nourrir et communiquer. La bouche est un carrefour pulsionnel qui permet de respirer, d'avaler, de goûter, de parler, d'embrasser, de rire, de chanter... Pour Gisèle Harrus-Révidi (1995), psychanalyste, elle constitue « un organe essentiel de communication entre soi et les autres ; car le plaisir ne peut être transmis que par la gourmandise des mots. ».

Toujours au niveau de la bouche, le nourrisson va exprimer des affects et des émotions. Outre le plaisir, il va extérioriser son agressivité (plaisir de mordre...), il va crier (décharge émotionnelle).

Enfin, le nourrisson a tendance à tout porter à la bouche durant sa première année de vie. C'est à ce niveau qu'il va faire l'expérience du dedans et du dehors, du soi et du non soi.

Ainsi, manger n'a pas pour seule fonction de se nourrir.
(Harrus-Révidi, Naudin, 1995)

B. Regard sociologique sur l'alimentation

Malgré le peu de travaux sociologiques sur les pratiques alimentaires des personnes âgées vivant à domicile, quelques recherches ont mis en exergue le marqueur social et le support d'identité que représente l'alimentation.

1. Aspects psychosociaux de l'alimentation

a. Plaisirs et préférences alimentaires

Le repas consiste indéniablement en une recherche de plaisir, et d'expression de désir. Manger est un plaisir vieux comme le monde. Pour beaucoup de personnes, manger est synonyme de fête, de souvenirs, et permet d'entretenir la convivialité. La notion de plaisir ou d'hédonisme s'établit à partir de l'aspect physiologique du goût et de l'aspect physique de la vue. Au moment où un aliment est ingéré, la bouche, la langue et le nez captent des informations provenant de celui-ci. Ces informations circulent ensuite jusqu'à notre cerveau, de façon inconsciente puis consciente. Le réflexe de plaisir, lors de l'alimentation, se réfère de telle sorte au premier stade d'inconscience qui relève de la neurophysiologie, au niveau d'un centre nerveux hypothalamique. Cette sensation hédonique parvient ensuite au niveau cognitif du thalamus et du néocortex. La discrimination des goûts et des saveurs se fait ensuite en fonction de la valeur affective et culturelle de la stimulation sensorielle alimentaire.

Outre le cas des lésions de ces centres nerveux, le principe de plaisir lors de l'alimentation semble être actif jusqu'à la fin de vie. Néanmoins, comme nous l'évoquerons par la suite, les situations de perception des saveurs peuvent évoluer dans le temps.

Les préférences alimentaires ont une origine culturelle. Elles s'établissent en fonction de nos origines sociales, de nos possibilités économiques, de notre niveau d'études, de nos croyances religieuses et philosophiques. Ces préférences se constituent également selon notre histoire personnelle, familiale, notre acuité sensorielle et nos seuils perceptifs variables d'un sujet à l'autre.
(Sulmont-Rosse, Maitre et al., 2010)

b. Alimentation et culture

Une étude a montré qu'en 30 ans, la hiérarchie des catégories alimentaires a été bouleversée.

Nous sommes passés d'un modèle du « nourrissant », « rassasiant » privilégiant les féculents, la viande, les légumes, à une conception nutritionnelle. Cette nouvelle conception met au premier plan les micronutriments, les vitamines, les sels minéraux et les fibres.

D'un point de vue sociologique, cette étude a également mis en évidence l'existence d'un modèle nutritionnel différencié selon le sexe, l'âge, les catégories sociales, l'activité ou la non-activité, le statut matrimonial. De plus, des recherches menées par l'INSEE ont confirmé qu'il existait en France, et particulièrement pour les jeunes séniors (50-60 ans), des représentations nutritionnelles différentes selon les régions. Cela nous amène à pouvoir parler de « cultures nutritionnelles régionales » comme l'illustrent ces deux exemples : la consommation de poissons est très forte dans l'Ouest de la France, tandis que dans l'Est la viande est le produit le plus consommé. (Ferry, Alix et al., 2007)

Ce nouveau rapport à l'alimentation des jeunes séniors est marqué par une perception différente de l'aliment et le contexte psycho-social du sujet.

c. Alimentation plaisir et environnement

La présentation du contenu de l'assiette, la vaisselle choisie vont participer au plaisir procuré lors des repas. Des études ont révélé que certaines couleurs ont une influence sur le comportement alimentaire. Les teintes pêche, orange, jaune clair, les verts légers, le vermillon, le rouge et le brun stimuleraient notre appétit. Pour créer un environnement reposant, les couleurs neutres et adoucies sont à privilégier. Ainsi, pour favoriser un environnement propice à la consommation, l'harmonisation des teintes, des tons, des ombres est à étudier.

Ces recommandations sont importantes pour les salles à manger des maisons de retraite. Tout comme il est préférable de prendre en compte les critères de luminosité, d'acoustique, d'odeurs et de température. (Ferry, Alix et al., 2007)

2. Les symboles alimentaires

Il existe deux phénomènes essentiels pour comprendre la représentation symbolique des aliments consommés par les personnes âgées : la consubstantialité et le lien social qu'exprime l'aliment.

a. La consubstantialité

La consubstantialité est une croyance universelle selon laquelle on devient ce que l'on mange. L'aliment consommé offrirait la possibilité de se transformer. La consubstantialité du mangé et du

mangeur déclenche des inquiétudes si l'aliment consommé est perçu comme pernicieux, voire poison. A contrario, il peut susciter des espoirs si on lui attribue des vertus magiques. « Ce phénomène connu et observé par les sociologues et anthropologues aide à comprendre les comportements des populations anxieuses qui cherchent, à travers la demande d'un régime, à se reconstruire une identité ou à corriger un déséquilibre -parfois subjectif- dans la consubstantialité. » (Ferry, Alix et al., 2007)

b. Le repas, un vecteur social

• La convivialité et le partage

Au Moyen-âge, les convives partageaient les couverts, les mets et le pain ce qui est resté dans le mot « copain » dont l'étymologie est « le compagnon du pain ». Ce sens du partage lors des repas est toujours prégnant bien que notre époque l'ait atténué.

L'aliment et son partage font écho à la notion d'appartenance et de lien social. Le type d'aliment renvoie à une appartenance culturelle, éthique et religieuse. Il peut représenter un terroir rassurant l'identité du mangeur, comme par exemple les légumes de son jardin, les spécialités régionales, les produits certifiés. L'aliment se trouve également socialisé au moment où il est préparé, cuisiné. Sa préparation le dote d'une dimension affective comme par exemple la cuisine familiale, une recette de sa région, etc. Nous y retrouvons l'art du bien vivre autour de la bonne chère, les règles de la gastronomie, c'est-à-dire les connaissances et les pratiques qui varient selon les classes sociales, les nations, les régions, les époques et les modes. Ces fonctions symboliques autour de la nourriture sont accentuées avec le vieillissement. (Ferry, Alix et al, 2007)

• La communication

L'acte alimentaire n'est pas uniquement biologique, il a aussi une fonction de plaisir comme nous l'avons évoqué précédemment, et il a également un rôle social. La communication est un des composants essentiels du repas. Dès l'enfance, les premières expériences autour de l'alimentation nous guident dans la relation à l'autre, dans la dualité, sur les versants de l'acceptation et du refus. Au cours de la vie, les repas sont « le ciment des groupes » et renforcent les liens entre ses membres.

« Manger c'est communiquer. En faisant preuve de curiosité, d'ouverture, on cherche à rencontrer et comprendre le passé, la différence, voire le surprenant. Saisissant l'altérité, on construit ou reconstruit mieux son identité. Ce paradigme est un outil indispensable d'un partage, d'une communication conviviale ou commensale ». (Ferry, Alix et al., 2007)

Mais manger peut traduire le repli et l'enfermement. Au cours de la vieillesse, la

consommation des aliments ne fait plus appel à la curiosité intellectuelle, à l'acuité et à la mobilisation sensorielles capables de décoder, reconnaître, apprécier et mémoriser le plaisir gustatif. Les personnes âgées peuvent voir dans la prise alimentaire un acte solitaire voire égotique*. Dans ce cas, Monique Ferry (2007) explique que « manger équivaut à se fermer, se boucher ». C'est-à-dire que la personne âgée cherche à s'échapper de l'autre ou de son identité en s'isolant voire en refusant l'alimentation, qui est une véritable rupture du lien social et donc de la communication avec son environnement.

Cela permet de mieux comprendre les personnes âgées, de connaître leur état physiologique et psychologique (rapport à l'identité) et de définir plus précisément la qualité de leur environnement (lien social, dépendance...). Le rapport à l'alimentation s'intègre dans des processus relationnels accentués lors du vieillissement, et renvoyant à une certaine forme de sociabilité. Celle-ci reflète donc l'intensité du lien social et la représentation que la personne s'en fait, ainsi que la conscience de son identité.

3. Les formes de sociabilité alimentaire (Ferry, Alix et al., 2007)

Jean Anthelme Brillat-Savarin, illustre gastronome français, affirmait déjà en 1825 que « les nations se jugent à la façon dont elles mangent ». La table représente des moments forts, où l'on se retrouve en famille, entre amis, pour faire la fête, et on y exprime aussi ses sentiments. La table a toujours participé aux renforcements des liens entre les personnes. Le repas est un véritable élément de convivialité et d'ouverture sur l'extérieur.

Les différentes formes de sociabilité alimentaire ont été obtenues en croisant les données des relations aliments-communication et des caractéristiques de l'environnement.

a. Cas de la personne âgée vivant en couple à domicile

Dans cette typologie, différents contextes de prises alimentaires sont à distinguer, des moments les plus ordinaires aux moments les plus festifs. Si c'est une fête de famille, si on reçoit des personnes pour le repas ou encore s'il s'agit de rituels (repas dominical), la cuisine est généralement plus élaborée, plus grasse avec une consommation plus importante de desserts et de boissons alcoolisées. Le plaisir gustatif et les souvenirs sont plus exacerbés.

Lors des repas quotidiens, une certaine austérité est observée, avec des menus simples, voire diététiques, renvoyant à des conversations de table plus pauvres. Ces situations modifient le sentiment de convivialité lors des repas.

b. Cas de la personne âgée vivant seule à domicile

Dans la plupart des situations, une alimentation centrée sur soi est mise en place, avec des grignotages permanents, des « empiffrements » ponctuels suivis de phases de culpabilité. Il peut y avoir des cas exceptionnels, en particulier chez les femmes qui désirent maintenir une filiation culturelle en préparant des plats traditionnels.

En situation de solitude, la prise de nourriture est simpliste et de petite quantité. Les repas sont généralement pris devant la télévision.

c. Cas de cohabitation intergénérationnelle

En général, le plaisir à communiquer est plus marqué lors des temps festifs. Néanmoins, lors de ces moments de fête, certaines personnes âgées peuvent refuser de manger ou se replier sur elles avec un comportement boulimique. C'est l'expression d'un refus symbolique du lien social, la personne âgée se sent de trop dans le partage de la convivialité. Certaines personnes peuvent aller jusqu'à se remplir la bouche pour ne plus avoir à parler.

d. Cas de la personne âgée institutionnalisée

Dans cette situation, nous retrouvons tous les temps de la « sociabilité alimentaire ». Les repas organisés autour d'un événement festif permettent d'échanger, d'évoquer des souvenirs, parfois même de chanter, tout en trouvant du plaisir à manger et à communiquer. L'identité peut ainsi être retrouvée, voire renforcée.

Des personnes évitent ces moments, ce qui se traduit par une perception négative du groupe ou un refus de s'impliquer dans une interrelation durable. Celle-ci peut être perçue par la personne âgée comme fatigante voire inutile.

Au sein des institutions, si le menu proposé et le contenu de l'assiette ne semblent pas conformes à une norme ou à une perception diététique individuelle, une certaine anxiété peut être perçue.

Certaines personnes peuvent cacher des aliments dans leur chambre, même sous leur matelas. Il faut y voir aussi un plaisir de désobéissance. Cette transgression peut renforcer l'égo amenant les plaisirs gustatifs à compenser les douleurs.

Nous pouvons aussi rencontrer des sujets qui refusent de se nourrir. Bien souvent, cette situation est interprétée comme un refus de l'institution ou de l'équipe soignante. On parle d'abandon du dernier lien social.

En veillant à respecter le choix du sujet, il est fondamental de s'efforcer de maintenir le lien social à travers le partage alimentaire, valoriser et respecter les préférences et les plaisirs gustatifs.

CHAPITRE 2 : LA DEGLUTITION

I. DEFINITION

D'après le dictionnaire Le Robert, « manger » est défini comme l'action d' « avaler pour se nourrir après avoir mâché ». D'un point de vue plus scientifique, avaler renvoie à l'acte de déglutir.

La déglutition est un processus physiologique dont l'aspect le plus manifeste est l'action de faire passer des aliments de la bouche à l'estomac pour se nourrir et s'hydrater, tout en protégeant les voies respiratoires.

La déglutition permet également d'avalier la salive, ainsi que les sécrétions nasales et bronchiques. Cette déglutition n'est pas nutritive, mais elle permet d'éviter la stagnation des corps étrangers et les possibles fausses routes pulmonaires. (Crevier-Buchmann, Borel et al., 2007 ; Lacau St Guily, Chaussade, 1994).

II. LES ORGANES DE LA DEGLUTITION

A. La cavité orale (cf. Annexe 5)

La cavité orale est « une cavité irrégulière de volume variable en fonction de l'importance de l'ouverture buccale » (Auzou, 2007).

- **La paroi antérieure** est constituée des lèvres. Avec les arcades dentaires, les lèvres forment le vestibule buccal. (Mc Farland, 2006)
- **Les parois latérales** sont formées par les joues qui comprennent une fine couche musculaire, essentiellement formée par le muscle buccinateur. Les joues sont recouvertes en dehors par de l'épiderme et en dedans par du tissu muqueux. (Bonfils, Chevallier, 2005)
- **La paroi inférieure** (appelée plancher buccal ou plancher oral) est composée des muscles mylohyoïdien, géniohyoïdien et du ventre antérieur du muscle digastrique. Ces muscles s'étendent de la partie interne de la mandibule au corps de l'os hyoïde. Leur contraction entraîne l'élévation de l'os hyoïde, et donc l'élévation du larynx. La face antérieure de la base de langue (la partie fixe) se rattache à l'arrière du plancher buccal (Bleeckx, Postiaux, 2002).
- **La paroi supérieure** de la cavité orale sépare celle-ci de la cavité nasale. Elle est constituée d'une partie antérieure osseuse, et d'une partie postérieure musculaire et mobile. Il s'agit respectivement du palais dur et du voile du palais ou palais mou. Les palais dur et mou sont

recouverts de la même muqueuse, comportant des glandes salivaires. (Drake, Vogl et al., 2005)

- **La paroi postérieure** est composée des piliers antérieurs et du voile du palais. Le voile du palais est une cloison musculo-membraneuse mobile qui prolonge le palais osseux vers l'arrière. Il forme un sphincter séparant l'oropharynx du rhinopharynx. Il comporte 5 muscles. (Bonfils, Chevallier, 2005)

B. La langue

La langue est un organe musculaire complexe très mobile. Elle comporte une partie fixe, la racine ou base, et une partie mobile, le corps. Sa racine est fixée dans l'oropharynx, en arrière du plancher buccal. Son corps occupe le reste de l'espace du plancher. (Bonfils, Chevallier, 2005)

La langue est composée de 17 muscles : 8 paires symétriques et 1 impair médian, le longitudinal supérieur. Ils s'attachent tous sur l'os hyoïde, la mandibule ou la base de crâne. Leur action permet à la langue une motricité fine et des mouvements dans tous les plans de l'espace. Elle peut de cette façon amener le bol alimentaire entre les deux mandibules (Schindler, Kelly, 2002). L'innervation motrice des muscles de la langue est assurée par le nerf grand hypoglosse, ou XII^{ème} paire crânienne. Seul le muscle styloglosse est innervé par un autre nerf, le glosso-pharyngien, ou IX^{ème} paire crânienne.

L'innervation sensitive est assurée par différents nerfs en fonction de la localisation du stimulus. Le « V » lingual est innervé par le nerf trijumeau (V^{ème} paire crânienne). La muqueuse de la partie mobile de la langue est innervée par le nerf lingual (important rameau du trijumeau). La base de langue est en revanche innervée par le nerf glosso-pharyngien.

L'innervation parasymphatique des glandes salivaires de la cavité orale est assurée par des rameaux du nerf trijumeau et du nerf facial (VII^{ème} paire crânienne). (Le Huche, Allali, 2001)

C. Les muscles masticateurs

Ils permettent la mastication des aliments solides. Il en existe 7 paires, disposées de manière symétrique de chaque côté de la face. Tous ces muscles sont innervés par la branche motrice du nerf trijumeau. 3 paires permettent l'élévation ou la fermeture de la mandibule: le masséter, le temporal et le ptérygoïdien médial. 4 paires permettent l'abaissement ou l'ouverture de la mandibule : le ptérygoïdien externe (ou latéral), le digastrique, le mylohyoïdien et le géniohyoïdien (Mc Farland, 2006).

- Le **muscle temporal** occupe toute la fosse temporale. Sa contraction entraîne l'élévation de la mandibule. Il est innervé par les branches du nerf mandibulaire, lui-même rameau du nerf trijumeau (V^{ème} paire crânienne).
- Le **muscle masséter** s'étend de la branche de la mandibule à l'arcade zygomatique. Sa contraction entraîne le même effet que celle du muscle temporal. Son innervation est assurée par le nerf massétérique, branche également issue du nerf trijumeau (Lacau Saint Guily, Perie et al., 2005).
- Le **muscle ptérygoïdien médial** est situé dans la région infra-temporale. Son innervation est assurée par le nerf ptérygoïdien médial, branche du trijumeau. Il a la même action que le masséter.
- Le **muscle ptérygoïdien externe ou latéral** est innervé par le nerf ptérygoïdien latéral, branche du nerf mandibulaire (Bonfils, Chevallier, 2005).
- Le **muscle digastrique** comporte deux ventres : un antérieur et un postérieur, reliés par un tendon central lui-même rattaché à l'os hyoïde. La contraction du ventre antérieur provoque l'abaissement de la mandibule. Il est innervé par la branche mandibulaire du trijumeau.
- Le **muscle mylohyoïdien** forme le plancher musculaire de la bouche. Sa contraction élève le plancher de la bouche, l'os hyoïde et la langue, mais peut contribuer à abaisser la mandibule si l'os hyoïde est dans une position fixe. Il est innervé par la branche mylohyoïdienne du nerf trijumeau.
- Le **muscle géniohyoïdien** s'étend de la surface interne de la symphyse mandibulaire jusqu'à l'os hyoïde. Il comporte également 2 ventres; il est presque parallèle au ventre antérieur du digastrique et effectue la même action. Il est innervé par la branche du géniohyoïdien via l'hypoglosse (XII) (Schindler, Kelly, 2002).

D. Le larynx

Le larynx joue un rôle essentiel dans la respiration, la déglutition et la phonation. Il représente le segment initial des voies respiratoires supérieures. Il se situe dans la partie antérieure du cou, en regard des 4^{ème}, 5^{ème} et 6^{ème} vertèbres cervicales. (Bonfils, Chevallier, 2005)

Il est principalement constitué d'une armature cartilagineuse, composée des cartilages thyroïde, cricoïde et épiglottique, et des deux cartilages aryénoïdes. Les trois premiers sont des cartilages dits « de soutien », ils servent à maintenir le larynx ouvert, condition indispensable au passage de l'air. Les aryénoïdes sont mobiles, ils servent à rapprocher les plis vocaux lors de la phonation ou de la déglutition. (Auzou, 2007)

La membrane thyrohyoïdienne relie le cartilage thyroïde à l'os hyoïde. Il s'agit de la seule

membrane du larynx. (Bonfils, Chevallier, 2005)

Une musculature intrinsèque et extrinsèque complète l'anatomie laryngée. Les muscles intrinsèques sont les abducteurs, les adducteurs et les tenseurs des plis vocaux. Les muscles extrinsèques permettent l'arrimage du larynx à la base du crâne et à la mandibule, ainsi que son ascension et son abaissement.

L'innervation laryngée est assurée par deux branches du nerf vague : les nerfs laryngés supérieur et inférieur. Ils permettent à la fois l'innervation motrice et l'innervation sensitive de la muqueuse et des muscles du larynx. (Bonfils, Chevallier, 2005)

Le larynx peut être divisé en 3 étages :

-**l'étage sus-glottique ou supra-glottique**, constitué des structures laryngées situées au-dessus du plan glottique, c'est-à-dire le vestibule laryngé en haut et le ventricule laryngé en bas.

-**l'état glottique** correspondant aux plis vocaux, tendus de l'angle rentrant du thyroïde aux apophyses vocales des aryténoïdes. On appelle « glotte » l'espace compris entre les plis vocaux.

-**l'étage sous-glottique ou infra-glottique**, se trouvant dans la continuité de la trachée cervicale. Cet étage correspond à l'espace interne du cartilage cricoïde. Il a une forme conique, s'évasant de haut en bas, reliant la glotte et la partie supérieure de la trachée.

E. Le pharynx

Le pharynx est un conduit musculo-membraneux se situant dans la partie antérieure du cou, le long de la colonne cervicale. Il constitue le carrefour aéro-digestif (des voies aériennes et digestives). Il comprend 3 parties, de haut en bas le rhinopharynx, l'oropharynx, l'hypopharynx. (Robaszkiewicz, Bideau et al., 1998)

- Le **rhinopharynx** ou cavum se situe en arrière des fosses nasales, au-dessus du voile du palais. Il a une fonction respiratoire. (Robaszkiewicz, Bideau et al., 1998)
- L'**oropharynx** est la partie moyenne du pharynx, dite aussi partie orale. Il se trouve en arrière de la cavité orale. Cette cavité est délimitée en avant par l'isthme du gosier, en haut par le voile du palais et en bas par le bord supérieur de l'épiglotte. C'est le point central du carrefour aéro-digestif. (Bonfils, Chevallier, 2005)
- L'**hypopharynx** est la partie inférieure du pharynx se situant derrière le larynx. Il relie la partie supérieure du pharynx à la partie supérieure de l'œsophage. Cette partie a une fonction principalement digestive. (Robaszkiewicz, Bideau et al., 1998)

Le pharynx est composé de nombreux muscles ayant différents rôles. Ils se divisent en muscles constricteurs et en muscles élévateurs.

-les muscles constricteurs sont au nombre de trois : supérieur, moyen et inférieur. Ils permettent la mobilité du pharynx au cours de la déglutition.

-les muscles élévateurs sont au nombre de deux: le muscle pharyngo-staphylin et le stylo-pharyngien. (Robaszkiewicz, Bideau et al., 1998)

L'innervation sensitive du pharynx est assurée par des branches des nerfs glosso-pharyngien (IX^{ème} paire crânienne), pneumogastrique (X^{ème} paire crânienne) et sympathique. (Lacau Saint Guily, Perie et al., 2005)

F. Le sphincter supérieur de l'œsophage

Le sphincter supérieur de l'œsophage (SSO) est une région de transition entre les voies digestives inférieures, à innervation sympathique, c'est-à-dire sans commande volontaire, et les voies aéro-digestives supérieures, à commande volontaire corticale.

Son rôle est d'empêcher l'air d'entrer prématurément dans l'estomac pendant la déglutition, et de limiter les reflux gastro-œsophagiens. (Plant, 1998)

Il s'agit d'un segment de diamètre rétréci, d'environ 15 mm, et d'une longueur de 10 à 15 mm. Il est constitué en avant par la face postérieure du chaton cricoïdien, en arrière et latéralement par les fibres du muscle cricopharyngien. (Bonfils, Chevallier, 2005)

Son innervation est complexe car elle dépend de plusieurs nerfs qui sont des rameaux du nerf récurrent. Le muscle cricopharyngien, les nerfs pharyngiens, issus des nerfs glossopharyngien, vague et hypoglosse innervent également le muscle cricopharyngien. L'innervation sympathique complète ce système. (Lacau Saint Guily, Perie et al., 2005)

III. LE CONTROLE NEUROLOGIQUE DE LA DEGLUTITION

La déglutition est un phénomène mécanique impliquant l'action et l'inhibition successives ou simultanées de plusieurs muscles. La programmation de ces actions est prise en charge par un centre déglutiteur localisé au niveau du tronc cérébral, dans le bulbe rachidien sous le plancher du 4^{ème} ventricule. Ce centre déglutiteur permet la coordination des différents muscles afin d'assurer une déglutition efficace. (Le Huche, Allali, 2001) Le centre déglutiteur est relié à six paires de nerfs crâniens, correspondant à des voies afférentes sensibles, et efférentes motrices. (Schindler, Kelly, 2002)

Le déroulement de la déglutition comprend une phase volontaire, la phase orale, et deux phases réflexes, les phases pharyngée et œsophagienne. Les activités réflexes sont initiées par le centre déglutiteur, en réponse à une ou des stimulations oropharyngées. L'activité volontaire est

déclenchée au niveau cortical. (Crevier-Buchmann, Borel et al., 2007)

Innervation sensitive et motrice des organes de la déglutition

	PHASE BUCCALE	PHASE PHARYNGEE	PHASE OESOPHAGIENNE
Nerf trijumeau (V)	-prend en charge toute l'activité sensorielle, et sensitive de cette phase -innerve les muscles masticateurs -assure la sensibilité de la face, de la cavité buccale, du voile du palais et de la langue		
Nerf facial (VII)	-permet la fermeture des lèvres des joues -assure la perception du goût du tiers antérieur de la langue		
Nerf glosso-pharyngien (IX)	-transmet la sensibilité et le goût de la partie postérieure de la langue	-prend en charge toute l'activité sensitive de cette phase -innerve les constricteurs de pharynx et une partie du voile du palais -assure la sensibilité du pharynx	
Nerf grand hypoglosse (XII)	-commande les muscles de la langue		
Nerf vago-spinal (X et XI)		-commande la contraction du voile du palais, des constricteurs du pharynx et des muscles du larynx -véhicule la sensibilité du larynx, du pharynx, de l'épiglotte, du voile et de la base de langue	
Fibres végétatives du nerf pneumogastrique			-assurent le déroulement de cette phase

Tous ces nerfs sont mixtes (sensitifs et moteurs), hormis le nerf grand-hypoglosse (moteur).

- **Le système efférent**

Ce système suscite le réflexe de déglutition en transmettant des réponses activatrices ou inhibitrices par l'intermédiaire des branches motrices des paires de nerfs crâniens concernées. (Senez, 2002)

- **Le système afférent**

Au moment de la déglutition, les récepteurs périphériques recueillent les stimuli sensitifs et sensoriels de la cavité orale et transmettent ces informations aux noyaux des nerfs crâniens trijumeau, facial, glosso-pharyngien et vague par l'intermédiaire des voies sensitives. Ces informations sont ensuite acheminées jusqu'au thalamus et au cortex sensoriel. (Senez, 2002)

- **Le contrôle cortical**

Le contrôle cortical est mis en jeu pour les activités volontaires : mastiquer, déglutir, le souffle, l'apnée, et tousser. (Bleekx, 2001) Les voies supra-nucléaires qui relient le cortex frontal et préfrontal aux noyaux du tronc cérébral permettent ce contrôle.

Le contrôle cortical est régi par deux voies distinctes :

-la voie pyramidale : elle part du cortex moteur et rejoint les noyaux des nerfs crâniens au niveau du tronc cérébral. Elle permet la motricité volontaire.

- la voie extrapyramidale : elle part du cortex moteur, passe par des relais synaptiques dans les zones sous-corticales des noyaux gris centraux et arrive au tronc cérébral. Elle coordonne et régule les mouvements volontaires selon les caractéristiques du bolus telles que la texture, la température.

- **Le contrôle cérébelleux**

Ce contrôle est possible grâce à l'intervention du cervelet. Il coordonne les différents muscles recrutés lors de la phase préparatoire du bolus. Ce contrôle va permettre la précision des mouvements musculaires. (Bleeckx, 2001)

IV. LA PHYSIOLOGIE DE LA DEGLUTITION

On décrit 3 temps de la déglutition: une phase orale volontaire, divisée en une phase orale préparatoire et un temps oral proprement dit, une phase pharyngée et une phase œsophagienne réflexes.

A. La phase orale

1. La phase orale préparatoire

La phase orale préparatoire est le premier temps de la déglutition; elle débute avec la pénétration du bol alimentaire dans la bouche.

Il s'agit d'une phase volontaire de préparation. Elle permet la préhension et la mastication avant la propulsion du bol.

Au cours de cette phase, la nourriture est broyée et mélangée à la salive. Le mouvement de la langue est primordial, il presse le bolus contre le palais dur pour obtenir une masse homogène sur le dos de la langue. L'apex et les bords de la langue s'accolent contre la muqueuse palatine et les dents pour maintenir cette masse en place. Le bolus est ensuite amené progressivement vers la partie postérieure de la langue et l'oropharynx. Les muscles des lèvres, des joues et de la langue retiennent le bolus à l'intérieur de la zone de mastication pour éviter une échappée prématurée en arrière, dans le pharynx.

Ce temps de préparation stimule les récepteurs olfactifs, les papilles gustatives, le péristaltisme gastrique et la sécrétion des glandes salivaires. Les aires corticales sont stimulées, notamment par le plaisir du goût.

Les voies respiratoires sont encore ouvertes et la respiration nasale continue.

La durée de cette phase est très variable selon la consistance et la texture des aliments, selon l'intention de la personne, ses goûts, sa motivation, son environnement, sa faim.

(Brasnu, Ayache et al., 2008 ; Cot, 2000 ; Crevier-Buchmann, Borel et al., 2007)

2. La phase orale

Après cette phase orale préparatoire, commence la phase orale proprement dite qui correspond au transport du bolus vers le pharynx grâce à la propulsion linguale.

Le bolus est amené sur le dos de la langue qui se creuse. La bouche est fermée et la mandibule fixée afin d'assurer un point fixe à l'ensemble de la musculature sus-hyoïdienne. La pointe de la langue se relève, prend appui sur la crête alvéolaire des incisives supérieures et s'applique sur le palais en propulsant le bol alimentaire vers l'arrière. Cette propulsion est appelée le «coup de piston lingual». Ce temps peut durer une seconde.

Pendant toute cette période, le bol alimentaire est maintenu dans la cavité orale, en avant grâce à la fermeture labiale, et en arrière grâce à la fermeture de l'oropharynx par le voile du palais qui s'applique sur le dos de la langue et prévient la pénétration d'aliments dans le pharynx alors que le larynx est encore ouvert.

Le temps oral se termine au moment où le bol franchit les piliers du voile du palais.

Toute l'activité de cette phase est volontaire et automatique.

(Brasnu, Ayache et al., 2008 ; Crevier-Buchmann, Tessier et al., 2003 ; Crevier-Buchmann, Borel et al., 2007 ; Guatterie, Lozano, 1990).

B. La phase pharyngée

La phase pharyngée débute dès que le bol alimentaire franchit l'isthme du gosier. Elle est déclenchée par le contact du bol avec les récepteurs sensitifs des piliers du voile, les parois latérales et postérieures de l'oropharynx, la partie postérieure de la langue et la margelle laryngée.

Elle réalise le transport du bol alimentaire à travers le pharynx jusqu'à l'œsophage en assurant la protection des voies respiratoires.

Ce temps pharyngé est le temps le plus important, le plus complexe et le plus délicat de la déglutition. Il n'est plus sous contrôle volontaire mais purement réflexe.

Lors de cette phase, la respiration est inhibée. On appelle cette inhibition l'apnée de déglutition. Elle dure environ 0,75 secondes. Le cycle respiratoire est alors interrompu en phase expiratoire (dans 90% des déglutitions), et la reprise de la déglutition se fait par une expiration.

Au moment où le bolus franchit les piliers du voile, la synchronisation des structures oropharyngées se met en place pour assurer la protection des voies respiratoires et la descente vers l'œsophage.

Le voile du palais s'élève et s'applique sur la paroi pharyngée postérieure afin de faciliter le passage du bolus dans l'oropharynx et d'éviter la pénétration de nourriture dans le rhinopharynx. La langue se rétracte entre les piliers du voile pour empêcher le retour endobuccal du bol alimentaire.

L'occlusion laryngée est assurée par le larynx et l'os hyoïde qui s'élèvent vers l'avant pour ouvrir le pharynx et faire descendre le bolus vers l'hypopharynx. Les voies aériennes sont protégées par la remontée du larynx, la bascule de l'épiglotte en arrière sur le vestibule laryngé et le rapprochement des plis vocaux qui ferment la glotte. Les mécanismes de l'occlusion laryngée commencent au niveau des plis vocaux et progressent de bas en haut, de manière séquentielle, en même temps que s'effectuent l'ascension et la projection antérieure du larynx.

Le bol alimentaire est propulsé vers l'œsophage grâce à la contraction de haut en bas des muscles constricteurs du pharynx: c'est le péristaltisme pharyngé.

La phase pharyngée se termine par la relaxation du muscle cricopharyngien, permettant l'ouverture du sphincter supérieur de l'œsophage et le passage du bolus dans l'œsophage. La fin du temps pharyngé de la déglutition est caractérisée par le retour à la position de repos du voile du palais et la réouverture du larynx.

La durée du temps pharyngé est de 0,5 à 0,7 secondes.

(Brasnu, Ayache et al., 2008 ; Crevier-Buchmann, Tessier et al., 2003 ; Crevier-Buchmann, Borel et al., 2007 ; Guerrier, 1999 ; Woisard, Puech, 2011).

C. La phase œsophagienne

Cette phase est réflexe. Elle achemine le bolus de l'œsophage vers l'estomac.

La relaxation musculaire et l'ascension du larynx qui décolle le cricoïde de la paroi pharyngée postérieure permettent l'ouverture de la bouche œsophagienne.

Dès le passage du bol alimentaire, le sphincter supérieur de l'œsophage se referme de façon très tonique pour empêcher tout reflux dans le pharynx. Cette fermeture tonique protège également le larynx d'un reflux gastro-œsophagien et s'oppose au passage d'air dans l'estomac au cours de l'inspiration ainsi qu'à l'entrée d'air dans l'œsophage.

Une onde péristaltique permet ensuite le transfert du bolus vers le sphincter inférieur de l'œsophage puis l'estomac.

Ce temps œsophagien a une durée de 2 secondes pour les liquides et de 7 à 9 secondes pour les solides.

(Brasnu, Ayache et al., 2008 ; Crevier-Buchmann, Tessier et al., 2003 ; Crevier-Buchmann, Borel et al., 2007).

V. LE DYSFONCTIONNEMENT DE LA DEGLUTITION

Plusieurs étiologies peuvent être à l'origine de troubles de la déglutition telles que des lésions cérébrales, une chirurgie des voies aéro-digestives supérieures, une chimiothérapie, une radiothérapie. Avant d'aborder la prise en charge des troubles de la déglutition, rappelons les caractéristiques de la dysphagie.

A. La dysphagie

Une déglutition anormale est appelée dysphagie. Plusieurs auteurs l'ont définie.

Selon Jerry A. Logemann (2007), la dysphagie est caractérisée par une difficulté à transporter le bolus de la bouche jusqu'à l'estomac. Une personne dysphagique peut rencontrer des difficultés avec un ou plusieurs éléments anatomiques ou physiologiques des stades oral, pharyngé ou œsophagien de la déglutition. Cela peut être perçu comme une gêne, une douleur ou un blocage des aliments.

Selon Françoise Cot (2000), la dysphagie est généralement déterminée comme une difficulté à avaler, comme un trouble de la déglutition, « ou plus précisément, par une difficulté à transférer la nourriture de la cavité orale vers l'estomac en passant par le pharynx et l'œsophage. Elle est l'indice d'une anomalie dans l'un ou l'autre aspect du mécanisme de la déglutition. »

Selon Jean Lacau Saint Guily (1994), la dysphagie est un terme initialement utilisé pour évoquer la sensation de blocage du bolus dans la partie basse du cou ou dans le thorax. Cette sensation indolore est un signe très évocateur d'obstacle au niveau de l'œsophage, et de cancer. Le terme est aujourd'hui employé pour désigner les troubles de la déglutition, particulièrement dans la littérature américaine.

Selon N. Bouin (2006), la dysphagie est le symptôme d'une maladie sous-jacente ayant des conséquences néfastes cliniques (pneumopathie d'inspiration, dénutrition...) et un impact psychologique (anxiété, isolement social...) avec une atteinte de la qualité de vie.

B. Les conséquences d'un trouble de la déglutition

Les conséquences peuvent être des symptômes spécifiques qui sont les signes d'un dysfonctionnement localisable pouvant entraîner des fausses routes. Nous pouvons citer pour exemple (Woisard, Puech, 2011):

- un défaut d'ouverture buccale, de mastication
- des stases buccales, pharyngées
- une dyspnée brutale, cyanose
- une voix « mouillée » suite à des stases sur les plis vocaux
- une toux
- un reflux nasal, défaut au niveau du velum
- la répétition du geste de propulsion du bol alimentaire
- un bavage, défaut de fermeture labiale

Parallèlement, on peut trouver des symptômes aspécifiques qui sont le retentissement des éventuelles difficultés. Il faut les interpréter avec prudence car étant moins significatifs, ils peuvent être attribués à tort à une pathologie adjacente. (Belmin, Chassagne et al., 2003)

- une fièvre
- une perte de poids
- une déshydratation
- une pneumopathie d'inhalation à répétition
- un allongement de la durée des repas
- un repli social
- une anxiété
- une perte de plaisir

C. Prise en charge orthophonique d'un trouble de la déglutition

L'orthophoniste doit en priorité dépister les troubles de la déglutition et mettre en place une rééducation si nécessaire.

L'objectif de la prise en charge des troubles de la déglutition est d'assurer une modalité d'alimentation préservant l'état nutritionnel, et la plus sécuritaire possible par rapport à la fonction respiratoire. La prise en charge doit respecter la qualité de vie de la personne, que ce soit en termes de réduction de la gêne ressentie ou en termes de plaisir alimentaire.

La prise en charge orthophonique d'une dysphagie est composée à la fois d'une rééducation

spécifique et de la mise en place de stratégies d'adaptation. La rééducation spécifique s'établit en fonction des anomalies anatomiques et neurologiques et permet d'agir sur le mécanisme physiopathologique du trouble. Les stratégies d'adaptation, quant à elles, visent à améliorer le déroulement de la déglutition.

La rééducation spécifique est une prise en charge fonctionnelle qui s'articule autour d'un travail sur les muscles comme par exemple des praxies bucco-faciales.

Les stratégies d'adaptation s'intègrent dans une prise en charge réadaptative en situation écologique et agissent :

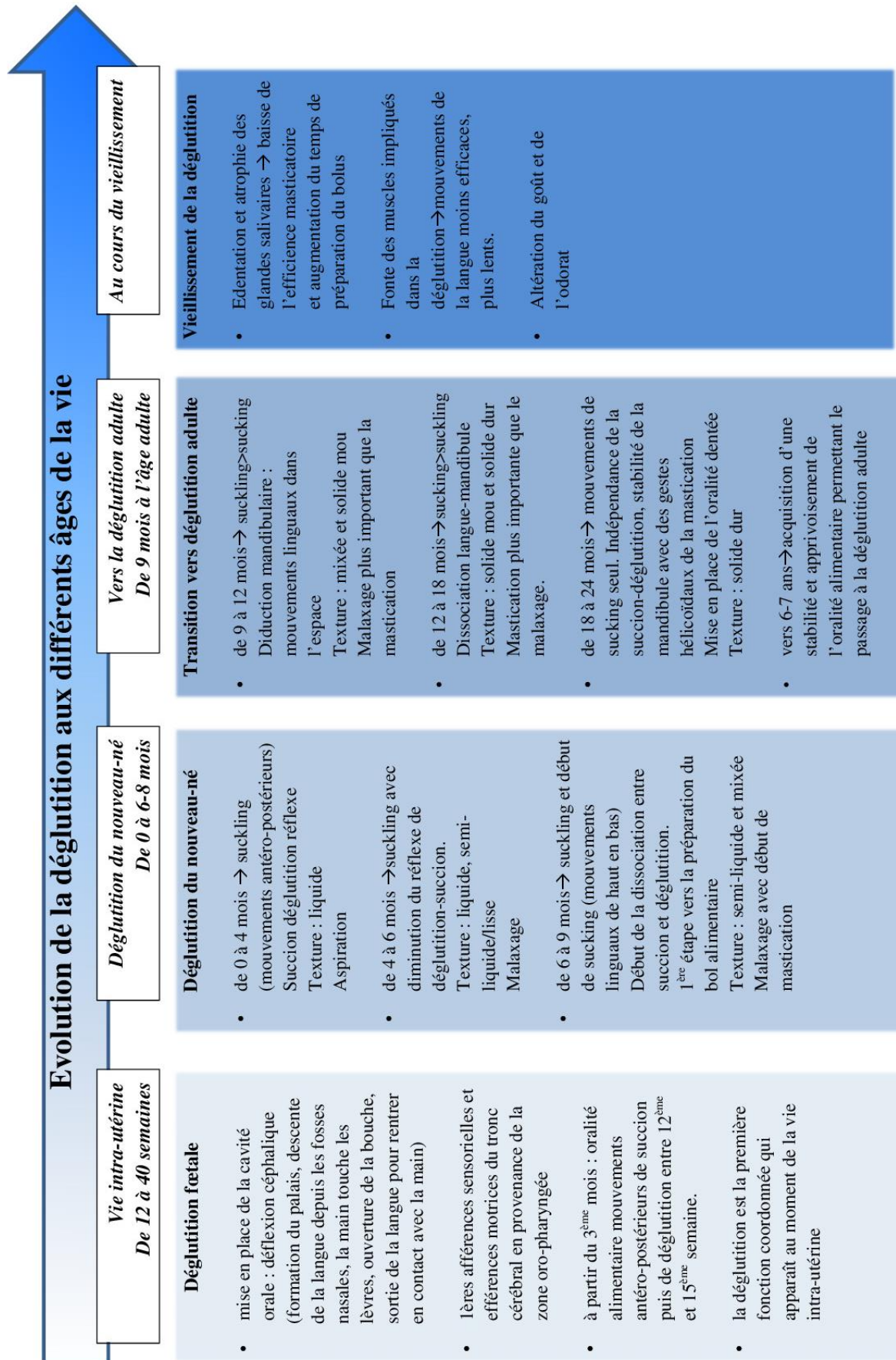
-soit sur l'environnement alimentaire : nécessité de définir les textures les plus adaptées, le volume et la texture adéquats

-soit sur le comportement du patient au moment de l'alimentation avec une adaptation des postures, de la tête et du corps.

Ces adaptations impliquent une éducation du patient et de sa famille : le thérapeute contrôle et guide les conditions de prise de repas. Un fractionnement des repas est, par exemple, souvent mis en place afin de limiter la fatigue des patients.

L'orthophoniste met également en place un suivi du poids, de la température, et des signes symptomatiques des troubles de la déglutition. (Woisard, Puech, 2011)

VI. L'EVOLUTION DE LA DEGLUTITION DEPUIS LA VIE INTRA-UTERINE (Thibault, 2007)



CHAPITRE 3 : LE VIEILLISSEMENT DE LA DEGLUTITION

I. DEFINITION DE LA PRESBYPHAGIE

Le terme de presbyphagie nous évoque les termes de presbytie et de presbyacousie qui appartiennent au champ lexical concernant le sujet âgé. Il est encore très peu employé par les professionnels de la santé, certainement parce que c'est un sujet où la littérature est « rare ». Nous pouvons aussi supposer que son utilisation est hésitante, de par la subtilité du terme que nous allons tenter d'éclaircir.

La presbyphagie, du mot grec *presbys* (πρέσβυς) qui signifie « vieil homme » ou « ancien » et de *-phagie*, du grec ancien *-phagia* (φαγία) et de *-phagos* (φάγος) qui se traduit par « manger », renvoie aux effets du vieillissement de la déglutition liés à la dégradation de différents éléments physiologiques.

Le vieillissement n'épargne pas les structures bucco-dentaires, pharyngées, laryngées ou œsophagiennes. Ces modifications structurelles entraînent des perturbations fonctionnelles de la déglutition et des fonctions qui lui sont associées. C'est ce qu'on appelle la presbyphagie. (Jahnke, 1991)

Jerry A. Logemann (2007) définit la presbyphagie comme « l'ensemble des effets du processus de vieillissement sur le mécanisme de déglutition ». Il s'agit d'un vieillissement mécanique et neurologique.

Selon Valérie Schweizer (2010), la presbyphagie serait peu perceptible avant 65 ans, et deviendrait cliniquement plus importante dès 80 ans.

D'après V. Jahnke (1991), il faut distinguer les presbyphagies primaires qui résultent des changements mécaniques de la déglutition en raison de l'âge, des presbyphagies secondaires qui s'expriment dans un contexte de pathologie associée. Dans le cadre de ce mémoire, nous étudierons les presbyphagies primaires.

Cependant, il est souvent complexe de différencier les effets de l'âge de ceux d'affections morbides éventuellement associées. Il est très important de bien différencier presbyphagie de dysphagie, l'intervention de l'orthophoniste n'étant pas la même comme nous allons le mettre en évidence par la suite.

II. LES CARACTERISTIQUES DE LA PRESBYPHAGIE

A. Le vieillissement des organes

Le vieillissement global du corps concerne bien sûr les organes de la déglutition, ainsi que leurs propres composants. Ceux-ci étant de nature cartilagineuse, musculaire ou nerveuse, ils sont altérés par l'avancée en âge ou par les pathologies accompagnant ce vieillissement. Leur fonction s'altère également, pouvant ainsi provoquer des difficultés de déglutition.

Le vieillissement normal provoque des modifications des structures bucco-dentaires, laryngées, pharyngées et œsophagiennes.

1. L'altération de l'état bucco-dentaire

Un bon état bucco-dentaire est primordial puisqu'il conditionne les premières phases de la déglutition. En effet, la mastication, l'insalivation ainsi que la perception des goûts et des consistances sont assurées par la cavité buccale. De tous ces différents aspects dépend la stimulation de l'appétit.

Dans le vieillissement normal, on observe une modification au niveau des tissus de la cavité buccale. La langue devient le siège de l'apparition de tissus conjonctifs*, qui remplacent progressivement la masse musculaire.

La langue et les muqueuses doivent être préservées dans le meilleur état possible car elles permettent de conserver la perception des goûts et le plaisir de manger. Si le brossage n'est pas possible, on peut procéder à des soins de bouche.

Une bonne hydratation est aussi nécessaire pour faciliter la salivation qui diminue chez le sujet âgé. 25% environ des personnes âgées se plaignent d'une bouche trop sèche. La sénescence s'accompagne d'une atrophie progressive des glandes salivaires et d'une modification de la salive, qui devient plus visqueuse. Le flux salivaire est diminué par la plupart des médicaments (antihistaminiques, antihypertenseurs, diurétiques, antidépresseurs). Ces modifications favorisent le développement de mycoses, qui augmentent la sensation de sécheresse buccale et peuvent provoquer une dysphagie marquée, douloureuse. La sécheresse des muqueuses masque les goûts, est responsable de sensation d'inconfort, de brûlures et favorise la survenue de caries.

Un grand nombre de personnes âgées sont totalement édentées : environ 50% des plus de 65 ans et jusqu'à 67% des plus de 75 ans. L'état dentaire doit être contrôlé chez toute personne âgée. Il conditionne la mastication et donc une bonne alimentation. On constate que le nombre moyen de dents baisse jusqu'à 12 chez la personne âgée alors qu'il en faut au moins 20 pour une mastication efficace et que le nombre d'unités fonctionnelles (nombre de dents qui s'affrontent correctement) est

d'autant plus réduit. Tout cela entraîne une baisse d'efficacité de la mastication et donc de la préparation du bol alimentaire.

Paradoxalement, le port de prothèses dentaires diminue de 30 à 75% l'efficacité de la mastication (Capet, Delaunay et al., 2007). Ces dernières altèrent les sensations gustatives, la sensibilité buccale. Elles sont souvent anciennes, usées et mal adaptées.

Les prothèses dentaires doivent être réadaptées car si elles sont trop anciennes ou mal adaptées, elles présentent des risques d'ulcération des muqueuses, ou une gêne lors de la mastication ce qui poussera le patient à ne pas porter sa prothèse. Un mauvais état dentaire, une totale édentation ou des prothèses dentaires mal adaptées vont amener le patient à sélectionner certains types d'aliments dont la consistance sera facilitatrice. Par conséquent, la personne âgée va procéder à l'élimination de certains aliments, aboutissant à un régime carentiel.

L'ensemble de ces altérations de la cavité buccale peut entraîner diverses conséquences sur le phénomène de déglutition. En effet, la durée de la phase orale s'en trouve allongée, et le déclenchement de la déglutition réflexe pharyngée s'en trouverait retardé. (Finiels, Strubel et al, 2001) (Christolhomme, 2006; Lamy, Mojon et al., 1999 ; Panayoty 2002; Perrier, 2003 ; Schweizer, 2010)

2. Le vieillissement de l'appareil digestif

Le vieillissement du tube digestif lui-même n'a pas de répercussions sur l'alimentation de la personne âgée et ne permet pas d'expliquer l'état de malnutrition. En revanche, ce vieillissement favorise l'émergence de pathologies digestives responsables de carences ou de troubles de la prise alimentaire.

L'œsophage perd de sa motilité ce qui peut entraîner une gêne. Le sphincter inférieur de l'œsophage devient moins efficace ce qui explique que les personnes âgées soient souvent sujettes au reflux gastro-œsophagien. Les repas pourront être fractionnés en plusieurs prises, et la texture devra être adaptée de façon à éviter les troubles.

L'estomac

On observe une discrète atrophie de la muqueuse associée à une diminution de la sécrétion chlorhydrique*. Cela rend les personnes âgées fragiles face aux toxi-infections alimentaires et explique la fréquence des diarrhées. Il est donc important de respecter les mesures d'hygiène liées à la manipulation et à la conservation des denrées alimentaires.

Le pancréas

Des travaux précis sur les cellules acineuses* isolées de rat ont permis de constater une diminution du nombre de récepteurs à la cholécystokinine-pancréozymine* (CCK), avec une augmentation simultanée des taux sériques de CCK. Or, il est clairement démontré que la CCK est un

des principaux facteurs du contrôle de la satiété. Chez la personne âgée, l'augmentation des taux de CCK pourrait alors expliquer la perte d'appétit.

L'absorption des nutriments est moins efficace et se fait plus lentement compte tenu des perturbations de la motilité des différentes parties de **l'intestin grêle**, de l'atrophie des villosités intestinales* et de la diminution des diverses sécrétions. Il semble exister une absorption réduite des glucides, des graisses, de certains oligo-éléments et vitamines ou minéraux: vitamine D, calcium, folates (vit B9), vitamine B12. En revanche, l'absorption de la vitamine A est augmentée. Le régime alimentaire doit être digeste, en limitant notamment les graisses cuites et les aliments riches en lipides.

Le côlon

Le transit est ralenti surtout si la personne âgée est sédentaire ou alitée. Dans ces cas, survient un risque important de constipation contre lequel il faut lutter grâce à une alimentation riche en fibres. Ceci est d'autant plus valable pour le sujet âgé car il ressent peu la soif et boit peu, ce qui ne favorise pas l'hydratation des selles et l'expose de surcroît à la déshydratation.

(Ferry, Alix et al., 2007; Martin, 2009; Panayoty, 2002)

3. L'altération du système musculaire (Barre, Hyman, 2008)

Avec l'âge, nous constatons une fonte musculaire qui touche les muscles impliqués dans la déglutition. Ainsi, la force masticatoire s'en trouve diminuée. Lors du « coup de piston lingual », le mouvement de la langue est plus lent. De même, la durée de la phase pharyngée et de l'ouverture du SSO est réduite. Le péristaltisme secondaire de l'œsophage et l'élévation du larynx seraient également perturbés chez un grand nombre de personnes âgées. Cependant, la propulsion pharyngée est la plupart du temps intacte. (Crevier-Buchmann, Borel et al. 2007)

4. L'altération du système neurologique (Barre, Hyman, 2008)

Il est affecté par le vieillissement global de l'individu, et son altération se caractérise par un ralentissement psychomoteur général de la personne. Les influx nerveux afférents et efférents sont ralentis, l'élaboration de programmes moteurs et la coordination motrice sont affectées. La vigilance est généralement réduite favorisant le risque de fausses routes.

5. L'altération du système sensoriel

Tous les sens participent à l'alimentation. Avec l'avancée de l'âge, les différentes acuités sensorielles diminuent. Les capacités discriminatoires s'affaiblissent pour tous les sens. Le goût et l'odorat sont très impliqués lors des repas. Nous savons que ces deux sens ont une grande influence

sur l'appétit et le plaisir de manger. Avec le vieillissement, on assiste aussi à une sénescence de ces derniers ce qui peut expliquer un dégoût des aliments et donc favoriser une absence de prises alimentaires.

Les perturbations gustatives sont d'une part physiologiques mais aussi fréquemment induites par des médicaments, une mauvaise hygiène bucco-dentaire et bien d'autres facteurs comme des carences, le tabagisme, l'alcoolisme, la déshydratation ou encore certaines atteintes neurologiques. Sur le plan physiologique, la perte du goût du sujet âgé est liée à la diminution du nombre de papilles gustatives et à la baisse de la sensibilité des récepteurs sensitifs. Le seuil de détection des quatre sensations de base du goût est augmenté (hypoguesie*). Cette modification affecte par ordre croissant: le sucré, l'acide, l'amer et surtout le salé. Le sujet âgé se plaint d'une bouche «amère» et modifie ses préférences alimentaires. En effet, il recherche des aliments plus sucrés car il a une appétence relative pour le sucré et un rejet relatif pour le salé.

L'odorat, qui intervient pour 80% dans notre perception des saveurs*, se dégrade systématiquement dès l'âge de 65 ans, aboutissant à une sévère hyposmie*, voire anosmie*, chez 75% des sujets de plus de 80 ans. Cette dernière est due non seulement à la perte de la capacité de traitement des informations neurologiques, mais aussi à la réduction des surfaces épithéliales olfactives, remplacées progressivement par un épithélium* respiratoire simple. (Bonfils, 2007 ; Ferry, Alix et al., 2007 ; Panayoty 2002 ; Schweizer, 2010)

Les modifications de l'odorat au cours de la vie sont plus importantes et précoces que celles du goût. Ces modifications des perceptions sensorielles s'accompagnent d'une perte de l'appétit. Les personnes âgées ressentent moins la faim et sont plus rapidement rassasiées, ce qui peut conduire à un désintérêt alimentaire. La perte d'appétit serait fortement liée à l'altération des sensations. (Belmin, Chassagne et al., 2003)

6. Autres modifications

On observe également un vieillissement du système respiratoire entraînant une baisse de l'efficacité de la toux et une élévation du seuil de déclenchement. (Barre, Hyman, 2008)

Le système phonatoire peut aussi être atrophié et la protection des voies aériennes amoindrie.

B. L'altération des 3 phases de la déglutition (cf. Annexe 6)

Les différentes structures et fonctions de la sphère oropharyngée n'échappent pas au vieillissement mais les études sont rares et ne concernent que les jeunes sujets vieillissants (60-70 ans). La notion de «presbyphagie» peut se définir chez le sujet âgé par un ralentissement global du

processus de déglutition, qui affecte toutes les phases de la déglutition. Les troubles observés sont généralement discrets. Il est probable que chez les plus âgés, la fatigue aggrave souvent ces troubles. En l'absence de comorbidités, ces modifications sont lentes et peu pénalisantes, même à un âge très avancé.

(Guatterie, Lozano, et al., 1992 ; Hall, Proctor et al., 2005 ; Hennequin, Lassauzay, et al., 2004 ; Lacau Saint Guily, Chaussade, 1994 ; Pouderoux, 1997)

1. L'altération de la phase orale

Nous pouvons noter une diminution de l'efficacité musculaire de la mastication, de la mobilité linguale et de l'occlusion labiale. Le seuil de discrimination sensitive est augmenté car les récepteurs gustatifs sont altérés. Il en résulte une diminution de l'habileté linguale et parfois des déglutitions multiples.

La force linguale est diminuée et la perte des dents, surtout si elle est totale, réduit l'efficacité de la mastication. La diminution du flot salivaire peut contribuer à rendre la mastication encore plus laborieuse. Il faut cependant rappeler le caractère volontaire de la phase buccale, ce qui permet aux sujets conscients de pallier ces difficultés en orientant leurs choix vers des aliments de texture adaptée et en augmentant le temps de mastication.

Des études ont montré que sur le plan qualitatif, les personnes âgées plaçaient le bolus de façon plus postérieure dans la cavité orale. Ainsi, le temps de transit est plus bref. De plus, avec d'autres techniques et d'autres repères, certains auteurs ont remarqué un allongement de cette phase orale en expliquant ce phénomène par un ralentissement général dû à l'âge.

(Lesourd, 2006 ; Puisieux, D'Andrea et al., 2009)

2. L'altération de la phase pharyngée

Le vieillissement de la musculature pharyngée perturbe à la fois les mécanismes de propulsion et de protection des voies aériennes supérieures, par divers mécanismes étroitement liés entre eux. Nous pouvons observer un allongement du délai de réponse pharyngée associé à l'âge, un raccourcissement de la réponse pharyngée elle-même, un raccourcissement de la durée de l'ouverture cricopharyngée, une diminution de l'amplitude et de la vitesse du péristaltisme pharyngé, des cordes vocales hypotoniques et un réflexe de toux amoindri. Ces observations ne sont pas valables pour toutes les personnes âgées et il ne faut pas considérer la sénescence comme une cause primaire d'importants troubles de la déglutition. En effet, elle ne peut pas être l'étiologie de la dysphagie même si certains facteurs comme la diminution du tonus et de la force musculaire en constituent des éléments aggravants.

En pratique, du fait de son caractère réflexe, la phase pharyngée de la déglutition reste la plus préoccupante. Lorsque survient un trouble de la déglutition à ce niveau, le patient ne peut pas mettre en place seul des mécanismes de compensation. Les complications infectieuses qui peuvent en découler sont à l'origine d'une appréhension pour s'alimenter et d'une dénutrition mais l'âge en lui-même n'augmente pas le risque d'inhalation.

(Cot, 2000 ; Dejaeger, Pelemans et al., 1997 ; Puisieux, D'Andrea et al., 2009 ; Shaker, Lang, 1994)

3. L'altération de la phase œsophagienne

Chez le sujet âgé sain, la fonction œsophagienne vieillit peu. On observe de petites anomalies du sphincter supérieur et du péristaltisme de l'œsophage. Au niveau du sphincter supérieur, il existe une diminution de pression et un retard de relaxation après déglutition. Le sphincter inférieur, lui, ne semble pas atteint par le vieillissement. Au niveau de l'œsophage, on observe une augmentation des contractions synchrones et de la vitesse de propagation des ondes. Ces troubles sont plus prononcés au niveau de l'œsophage distal après déglutition.

Ces changements liés à l'âge restent modérés et les troubles plus prononcés de la fonction œsophagienne sont toujours associés à une pathologie sous-jacente ou à une altération de l'état général

Même si les personnes âgées déglutissent plus lentement que les adultes jeunes, la sécurité de la déglutition oropharyngée n'est pas compromise du seul fait de l'âge. Des études ont démontré qu'il n'y avait pas d'augmentation significative du risque d'aspiration chez les personnes âgées comparées à des adultes jeunes, en l'absence de pathologies associées. Cependant, les personnes âgées sont plus susceptibles de développer une dysphagie à l'occasion de pathologies neurologiques ou du tractus aérodigestif supérieur que des personnes jeunes.

(Lesourd, 2006 ; Puisieux, D'Andrea et al., 2009 ; Sallout, Mayoral et al., 1999)

III. LES RETENTISSEMENTS DU VIEILLISSEMENT DE LA DEGLUTITION

A. Risque de dénutrition et de déshydratation des personnes âgées

La nutrition définit l'ensemble des processus d'absorption et de consommation des aliments, indispensables à l'organisme pour assurer son entretien et ses besoins en énergie.

Les besoins nutritionnels du sujet âgé sont très souvent mal connus par la personne âgée elle-même ou par sa famille. Cette ignorance, s'expliquant majoritairement par des idées préconçues sur l'alimentation, peut engendrer une carence chez la personne vieillissante. (Ferry, Alix et al., 2007). A partir de 70 ans, il y a un risque majeur de malnutrition protéino-énergétique ou dénutrition, défini par

la Haute Autorité de Santé (HAS) comme un déséquilibre entre les apports et les besoins de l'organisme.

Selon l'HAS, la prévalence de la dénutrition protéino-énergétique augmente avec l'âge. Elle est de 4 à 10 % chez les personnes âgées vivant à domicile, de 15 à 38 % chez celles vivant en institution et de 30 à 70 % chez les malades âgés hospitalisés. La prévalence dépend du type d'institution, de la méthodologie adaptée.

Les besoins journaliers recommandés chez la personne âgée sont de 2000 kilocalories.

Répartition des besoins journaliers

	protéines	lipides	glucides	eau	vitamines	minéraux
besoins journaliers	15%	30%	55%	2 litres	C:60 mg B12: 3mg B6: 2,5 B1: 1 mg folates: 200ug	calcium : 1200-1500 mg sodium : 1g magnésium : 300 à 350 mg fer : 15 mg zinc : 15 mg cuivre : 2 mg sélénium : 200 mg

L'eau est un nutriment indispensable tout au long de la vie pour éviter le risque de déshydratation. Il représente le composé le plus abondant du corps humain et joue un rôle majeur dans la régulation du volume cellulaire, le transport des nutriments, l'élimination des déchets et la thermorégulation. L'eau corporelle et la perception de la soif s'amointrissent avec le vieillissement, ce qui peut accroître les risques de déshydratation. (Ferry, Alix et al., 2007)

Il est recommandé de fractionner ces apports vitaux en 3 repas sur une journée, avec une éventuelle collation à 16h. Pour les personnes de 85-90 ans, ayant peu d'activité physique, peu d'appétit, il est conseillé de fractionner les prises alimentaires en 5 « petits repas », afin de favoriser l'assimilation et d'alléger le dîner.

En plus d'une alimentation équilibrée pour recouvrir tous les besoins, l'important est aussi d'avoir une alimentation variée afin d'éloigner toute monotonie, souvent à l'origine d'une perte d'appétit progressive.

Les causes de la dénutrition peuvent être multiples, suite aux modifications physiologiques liées à l'âge : involution des organes et des métabolismes ; ou suite à une insuffisance d'apport : causes sociales, diminution des capacités, ignorance des besoins nutritionnels, pathologies digestives, mauvaise adaptation diététique ou thérapeutique, dépression, troubles intellectuels. Fréquemment, c'est la présence d'hypercatabolisme* qui engendre un état de dénutrition chronique chez une

personne âgée ayant des apports insuffisants depuis un certain temps. Les causes sociales et pathologiques sont des raisons majeures d'un déséquilibre alimentaire.

Cet aspect nutritionnel est important à prendre en compte chez la personne âgée car il est un facteur de régulation du processus de vieillissement. (Basdekis, 2004)

- **Alimentation et vieillissement cérébral**

Les corrélations entre alimentation et vieillissement cérébral sont complexes. Une alimentation équilibrée pourrait retarder le déclin cognitif, mais une démence retentit sur la nutrition de la personne âgée et de son aidant. (Gillette-Guyonnets, Abellan Van Kan et al., 2007)

L'alimentation apporte de nombreux nutriments pouvant modérer le vieillissement cérébral. Il est difficile de désigner spécifiquement les effets protecteurs de tel aliment ou tel nutriment, en revanche nous savons que les fruits et légumes sont riches en antioxydants et vitamines du groupe B et ont un effet protecteur du vieillissement cérébral, révélé dans différentes études. (Dai, Borenstein et al., 2006 ; Morris, Evans et al., 2006 ; Barberger-Gateau, Raffaitin et al., 2007)

Les poissons gras sont sources d'acides gras oméga 3 à longue chaîne indispensables au fonctionnement cérébral. Des études épidémiologiques ont montré cette association protectrice lors d'analyses de la relation entre consommation de poisson et risque de déclin cognitif ou de survenue d'une démence, et en particulier de la maladie d'Alzheimer. (Cunnane, Plourde et al., 2009)

L'administration de suppléments en antioxydants ou vitamines du groupe B lors de l'alimentation a montré qu'une alimentation ayant des doses supérieures aux besoins nutritionnels ne ralentit pas le déclin cognitif (Yaffe, 2007).

B. Retentissement psychologique et altération de la qualité de vie

1. Concepts de la qualité de vie

Dans les années 1970, le terme de qualité de vie commence à prendre son sens. Les analyses de qualité de vie ont commencé à être développées dans l'optique de définir l'impact des différents états d'un individu sur sa vie quotidienne, tout en considérant les aspects physiques, psychologiques et sociaux. Un nouveau regard est alors porté sur le patient et sa plainte.

L'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) a redéfini ce concept en 2005, comme « la perception qu'a un individu de sa place dans son existence, dans le contexte de la culture et du système de valeurs dans lesquels il vit, en relation avec ses objectifs, ses attentes, ses normes et ses inquiétudes. Il s'agit d'un large champ conceptuel, englobant de manière complexe la santé physique de la personne, son état psychologique, son niveau de dépendance, ses relations sociales, ses croyances personnelles et ses relations avec les spécificités de son environnement. »

La qualité de vie est donc un concept multidimensionnel, reposant sur des critères subjectifs et objectifs qui regroupent la santé mais aussi diverses composantes comme l'éprouvé personnel, physique et psychique et le sentiment du sujet sur la qualité de sa relation à autrui, à lui-même et à l'environnement. (Zaghouli, Elmoubarki et al., 2008)

Nous remarquons que la notion de santé est très liée à celle de qualité de vie, et qu'elles interagissent entre elles.

L'OMS décrit le concept de santé comme « un état de bien-être physique, mental et social, et ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité ». Cette notion suppose que tous les besoins fondamentaux de la personne soient satisfaits, tant au niveau affectif que sanitaire, nutritionnel, social et culturel.

Ces deux définitions mettent en évidence le fait que nous ne pouvons pas restreindre la qualité de vie à celle de la santé et inversement, la santé ne suffit pas à expliquer les différences de niveau dans la qualité de vie. Par exemple, certaines personnes dont le statut de santé est perçu comme affligeant ont une qualité de vie élevée, et réciproquement.

Prendre en compte la qualité de vie est primordial dans la prise en charge des patients. Cela permet de mieux appréhender les difficultés des patients, de mieux comprendre leur plainte et le retentissement de leurs difficultés et de les accompagner d'une façon plus adaptée.

2. Dépression de la personne âgée

Selon la HAS (2007), en France, 13% des plus de 65 ans et 18% des plus de 85 ans, se sont vus prescrire régulièrement des antidépresseurs. Cependant, ces chiffres ne renseignent pas sur le nombre de personnes ayant une dépression caractérisée, le diagnostic n'étant pas disponible dans les bases de données de l'assurance maladie. La prévalence de la dépression n'est pas connue, mais la HAS estime que 5 à 15% de la population âgée souffrirait de dépression caractérisée.

Parmi les nombreux éléments qui figurent dans un tableau de dépression, on observe fréquemment une diminution de l'appétit pouvant aller jusqu'à l'anorexie. Nous pouvons également relever des perturbations allant dans le sens d'une diminution de la perception gustative et/ou olfactive qui s'inscrit dans un cadre global de perte d'intérêt général, les personnes âgées n'ont alors plus goût à rien.

3. Les changements de comportements alimentaires

- **La perte de l'appétit**

Rappelons comment est mise en jeu la régulation de l'appétit. Il existe un centre de satiété localisé dans le noyau ventro-médian de l'hypothalamus, et un centre de la faim situé dans le noyau

ventro-latéral. Ces régions contrôlent l'appétit.

La stimulation du centre de la faim déclenche la sensation de faim, qui est modulée ensuite par l'action inhibitrice du noyau ventro-médian. Celui-ci engendre un sentiment de satiété. Les stimulations sont moins nombreuses chez les personnes âgées, ce qui peut expliquer que l'on retrouve une perte de l'appétit assez fréquente au sein de cette population. Cette perte d'appétit est d'ailleurs souvent responsable d'une anorexie. (Martin, 2009)

- **L'anorexie**

L'anorexie se définit par une absence de faim, de désir de manger, une perte du goût pour les aliments. La sensation de blocage des aliments dans la gorge peut être décrite. Le sujet mâche longuement les aliments avant de les recracher. Généralement, nous n'observons pas d'initiation de mouvement de déglutition. Le sujet décrit très souvent son trouble en disant « ça ne passe pas ». De nombreuses causes peuvent être à l'origine de l'anorexie chez la personne âgée, dont l'agueusie, la perte du goût, et l'anosmie, la perte de l'odorat. Ces deux pathologies peuvent perturber les conduites alimentaires. Ces transformations de comportement ont un sens relationnel. Elles peuvent traduire un appel à l'intérêt d'autrui, une demande affective ou d'aide matérielle, l'expression d'un conflit ou d'une colère. (Reverdin, 1993)

Le refus de s'alimenter peut donc être pour la personne âgée un moyen d'agir sur son entourage, parfois le seul.

Les sujets anxieux qui rencontrent des modifications dans leur conduite alimentaire expriment souvent une sensation de "boule dans la gorge": cette sensation de gêne est indépendante de toute déglutition.

C. Retentissement sur les relations intrafamiliales et vécu des proches

1. La notion de famille, d'aidant

Dans notre culture, la notion de famille est généralement moins restrictive que celle de cellule nucléaire et s'étend de façon permanente aux grands-parents. Cet aspect traditionnel se retrouve dans la législation actuelle (article 203 du Code Civil) qui stipule le devoir alimentaire des enfants mais aussi des petits-enfants vis-à-vis des parents ou des grands-parents.

Les liens familiaux sont complexes, «leur réalité ne se limite pas à la consanguinité, au patronyme commun, à la cohabitation, au partage de la même condition sociale, culturelle ou économique; elle est également tissée par l'ensemble des influences réciproques. La réalité familiale

émerge, en effet, de tout ce qui constitue la trame interactionnelle qui scelle le sentiment d'appartenance».

Le mot «famille» est à considérer aujourd'hui dans son acception la plus large. Il faut prendre en compte les nouvelles mosaïques familiales (par exemple: familles recomposées). En effet, il peut s'agir de la famille effective de la personne âgée, mais tout aussi bien des personnes proches servant de substitut (amis, voisins,...).

Les aidants naturels sont des membres de la communauté auxquels on reconnaît une compétence particulière pour fournir de l'aide en cas de difficulté quelconque. Il peut s'agir tant d'un voisin, d'un ami, que d'un membre du réseau familial.

Famille, parenté et réseau de relations sont autant d'acteurs différents mais pouvant se recouper. Nous parlerons donc ici de la famille au sens large.

(Fortin, 1994 ; Pericard Larue, Pichan Valentin, 2009; Salem 1996 ; Tessier, 1991)

2. L'inversion des rôles

Pour les familles, lorsque commence à se poser la question de l'autonomie des parents, les choses se compliquent d'un point de vue émotionnel. Il est souvent difficile pour les enfants d'admettre que le parent est désormais plus vulnérable qu'autrefois, qu'il n'est plus le protecteur, le détenteur de la reconnaissance et celui vers qui l'on peut se tourner lorsqu'on est en difficulté.

La dépendance peut conduire à l'inversion des rôles entre parents et enfants où les positions générationnelles sont bousculées. Tel parent âgé, antérieurement très autoritaire, se retrouve en position de dépendance par rapport à ceux envers qui il exerçait son autorité. Les enfants sont souvent conduits à devenir les «parents de leurs parents», avec toute la perte de la sécurité attachée à la situation antérieure. Les enfants se retrouvent «parentalisés» et le vieillard est considéré comme un enfant. Ne dit-on pas couramment et avec maladresse que «le vieillard retombe en enfance»?

Cette situation peut réactiver d'anciens conflits familiaux et devenir l'occasion d'un véritable «règlement de compte» à travers l'inversion des rôles, réactivant des conflits œdipiens latents.

Mais la personne âgée peut aussi avoir un rôle «fédérateur» dans la famille. On peut rencontrer des situations où les enfants et petits-enfants arrivent à surmonter dissensions et conflits pour entourer et aider l'aïeul.

(Badey-Rodriguez, 1998; Badey-Rodriguez 2008; Pericard Larue, Pichan Valentin, 2009)

3. Le sentiment de culpabilité

Il est indispensable de prendre en compte la famille tant au niveau des soins que du soutien. L'entourage familial du malade n'est pas un acteur nouveau dans la prise en charge de la personne âgée. Il remplit souvent un double rôle de présence et de soins qui s'intensifie de nos jours du fait de

l'augmentation de l'espérance de vie.

L'implication des familles semble aller de soi, alors que la charge et les conséquences ne sont pas suffisamment évaluées. Le grand vieillissement bouleverse profondément les proches, ébranle l'équilibre familial et impose à tous d'importants remaniements de la vie quotidienne.

Cette implication fait appel à la solidarité familiale comme norme régissant les comportements d'aide et de soutien en termes de devoirs et d'obligations, de réciprocité et de culpabilité. L'engagement envers un proche en perte d'autonomie semble motivé par un équilibre entre d'une part, une responsabilité et une obligation en partie basées sur les normes sociales, et d'autre part un sentiment de culpabilité. Il s'agit rarement d'un véritable choix, mais plutôt d'un résultat d'une succession d'évènements. A long terme, cela peut produire des impacts négatifs sur les aidants naturels.

(Agbodjian, Paulhe, 2001 ; Loiselle, 1991 ; Meunier, 2001 ; Richard, 2007)

4. L'effet miroir

Chaque membre de la famille est saisi personnellement par rapport au problème de sa perte d'autonomie future, de la fin de sa vie, de sa propre mort. La famille est bouleversée par le vécu douloureux de la dépendance. La dégradation physique ou le déclin cognitif sont difficiles à supporter.

Certains membres de la famille se détachent préventivement pour moins souffrir, témoignant d'une résignation ou d'un épuisement face à une situation qui s'inscrit dans la durée. D'autres témoignent au contraire d'une présence excessive afin de se déculpabiliser. (Agbodjian, Paulhe, 2001)

5. Le sentiment d'étrangeté

La personne âgée dépendante et malade devient parfois impressionnante pour l'entourage. Les familles, choquées par les modifications de l'image corporelle de leur proche ou par son extrême dépendance, éprouvent alors un déroutant sentiment d'étrangeté. Certaines ne reconnaissent plus leur proche, d'autres en ont honte et s'en détournent. D'autres, au contraire, restent présentes en assumant les sentiments contradictoires qui les habitent et en maintenant leur estime pour leur proche en dépit de son apparence. (Richard, 2007)

6. La souffrance et la peur

La famille a très souvent peur de la souffrance physique et morale de la personne âgée malade. Cette peur est mêlée à la crainte de ne pas pouvoir le supporter, de ne pas être «à la hauteur».

L'alimentation, par son aspect profondément humain et compassionnel, représente l'essence même de l'acte de soin, d'amour et de soutien. La vision d'un malade «mourant de faim» est une image

dramatique ressentie avec une profonde souffrance et une culpabilité certaine. Ainsi, la souffrance des proches peut être telle vis-à-vis de celui qui «se laisse mourir de faim», qu'elle aboutit à des comportements extrêmes de lutte. A l'inverse, d'autres personnes respecteront le choix de leur proche en le considérant toujours comme un sujet désirant et accepteront l'idée de sa mort ou de son choix, son désir de «trépasser». La famille peut aussi adopter un comportement d'évitement au moment de l'alimentation dû à la peur d'alimenter le patient car l'alimentation est devenue un acte de soin. (Belaud, Herniotte, 1998 ; Ferry, Alix et al., 2007)

PARTIE PRATIQUE

I. Problématique et objectifs de l'étude

A. Problématique

A la suite d'une intervention auprès d'une équipe soignante sur les troubles de la déglutition, nous avons pu échanger avec un médecin ORL et praticien universitaire sur les troubles de la déglutition chez les personnes âgées sans pathologie associée. Nous entendions alors pour la première fois le terme de « presbyphagie ». Ce médecin nous a expliqué qu'il rencontrait fréquemment ce genre de patients sans savoir vers quel professionnel les orienter. En effet, après l'investigation ORL, si aucun élément n'expliquait les difficultés du patient, un trouble de type « dysphagie » pouvait être écarté. Cependant, même en l'absence de symptômes évidents, une plainte était présente et devait être prise en compte.

Ce témoignage a suscité une réflexion à propos du rôle que pourrait avoir l'orthophoniste auprès de ce type de patients. Ainsi, notre projet initial était de rencontrer des patients qualifiés de « presbyphagiques » à la suite d'une consultation ORL afin d'apprécier la plainte et le vécu de leurs difficultés et de leur proposer un temps d'information et de rencontre. De plus, considérant le repas comme un moment de convivialité et de partage, nous avons trouvé pertinent de nous intéresser également au vécu des proches. Au départ, nous envisagions de proposer aux sujets deux rencontres dans le but d'observer des changements suite à nos entretiens. La difficulté à mobiliser les professionnels de la santé ne nous a pas permis de rencontrer des sujets dans les premiers mois de notre recherche. De ce fait, une deuxième rencontre n'a pas pu être proposée, faisant ainsi évoluer le sujet de notre étude. De plus, nous avons envisagé d'explorer la déglutition des personnes rencontrées à l'aide de tests tel que le COLP-FR mais pour des raisons pratiques, ce protocole n'a pas pu être réalisé. Cela nous aurait permis de confronter les résultats à ces tests aux difficultés exprimées par le sujet. Dans le cas de la presbyphagie, nous nous serions attendues à trouver peu de déficits au niveau des comportements et mécanismes de déglutition malgré la présence d'une plainte verbalisée par le sujet.

Au commencement de nos recherches, un médecin gériatre nous a confortées dans le choix de s'intéresser au vieillissement de cette fonction en l'absence de pathologies associées.

B. Objectifs de l'étude

Notre étude a pour objectif d'évaluer la plainte autour de la déglutition des personnes présentant une presbyphagie et plus particulièrement l'impact de ces difficultés sur la vie quotidienne et les relations intrafamiliales au cours des repas. L'étude cherche à mettre en exergue le vécu du vieillissement de la déglutition.

II. Hypothèses

A. Hypothèses principales

Nos hypothèses principales sont que:

- la plainte subjective à propos des symptômes serait moins importante que la plainte concernant le vécu de la répercussion de ces symptômes.
- les difficultés du sujet au cours des repas entraîneraient des perturbations dans les relations avec les proches.

B. Hypothèses secondaires

- La mastication étant moins efficace, ce serait les solides qui poseraient le plus de problème.
- La plainte autour de la déglutition se serait déclarée avec l'avancée en âge alors que les repas se déroulaient bien auparavant. Nous sous-entendons que le vieillissement serait la seule origine des difficultés pour avaler.
- Les personnes âgées présentant une presbyphagie n'instaureraient pas d'elles-mêmes des moyens de compensation pour faciliter la prise alimentaire.
- Lors du déroulement des repas, les difficultés reviendraient en partie aux mauvaises conditions environnementales et posturales des personnes âgées présentant une presbyphagie.
- Le reflux gastro-œsophagien n'entraînerait pas de modifications des habitudes alimentaires.
- Les personnes âgées présentant une presbyphagie n'auraient plus de plaisir à manger.
- Les personnes âgées présentant une presbyphagie auraient une préférence pour les aliments sucrés, comme d'après la littérature toutes les personnes âgées en général.
- Le sujet présentant une presbyphagie aurait déjà évoqué sa plainte auprès d'un médecin.
- L'entourage du sujet présentant une presbyphagie aurait conscience des difficultés lors des repas.
- L'entourage du sujet présentant une presbyphagie exprimerait une inquiétude face à ces difficultés.

III. Méthodologie

A. Population de l'étude

1. Critères d'inclusion

- **Âge : plus de 75 ans**

Nous avons déterminé cette limite inférieure d'âge à partir de la littérature qui distingue les personnes du troisième âge, de 65 à 75 ans, puis les personnes du quatrième âge, au-delà de 75 ans.

Nous avons donc ciblé notre étude sur les personnes du quatrième âge, pour lesquelles le vieillissement est plus marqué. Ce critère nous semble plus pertinent étant donné que peu d'études ont été réalisées sur cette tranche d'âge.

Au départ, nous avons fixé une limite supérieure de 90 ans, en pensant que nous ne trouverions pas de patient aussi âgé correspondant aux autres critères. Néanmoins, dès le début de la recherche de sujets, nous avons pu rencontrer deux personnes de plus de 90 ans qui correspondaient aux critères. Cela nous a amenées à supprimer cette limite supérieure.

- **Plainte : gêne, difficulté à avaler, perte de l'appétit**

Quelle que soit la plainte, nous avons décidé de rencontrer tous les sujets exprimant la moindre gêne autour de la déglutition. Pour ne pas passer à côté d'un problème de déglutition, nous avons également inclus une plainte concernant l'appétit.

2. Critères d'exclusion

- **chirurgie bucco-pharyngo-laryngée et maladie neuro-dégénérative**

Afin d'étudier des difficultés dues uniquement au vieillissement de la déglutition, nous avons exclu les patients présentant une pathologie associée pouvant perturber la déglutition.

3. Constitution de la population

a) Démarche de recrutement

Au départ, nous nous sommes adressées aux **oto-rhino-laryngologues**, en pensant qu'ils rencontreraient souvent des personnes âgées se plaignant de difficultés à avaler, sans pathologie associée.

Nous avons ainsi envoyé vingt courriers (cf. Annexe 1) aux ORL du Val de Marne (Saint Maur des Fossés, Créteil, Choisy le Roi, Maison Alfort), quatorze courriers aux ORL du XIIIème arrondissement de Paris, huit courriers dans le XIème arrondissement et sept courriers aux ORL du XIVème arrondissement. Nous avons eu seulement une réponse, qui s'est révélée négative. Nous

avons donc relancé les ORL par téléphone mais sans succès.

Ensuite, nous avons également rencontré des ORL, des gériatres ainsi que des orthophonistes dans les services des **hôpitaux** de Paris (Cochin, Léopold-Bellan, Sainte Péline), de Créteil (Centre hospitalier intercommunal de Créteil), en nous déplaçant directement et spontanément auprès d'eux. Nous avons ainsi pu obtenir des contacts, des conseils pour notre démarche.

Nous avons contacté des **maisons de retraite et des EHPAD** (établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes) ou nous nous y sommes déplacées directement aussi. La rencontre d'une orthophoniste nous a permis d'être introduites dans une maison de retraite, à Saint-Maurice, dans laquelle nous avons pu rencontrer deux personnes.

Nous avons pris contact avec le **service social des personnes âgées de Paris**, en passant par la mairie du XIV^{ème} arrondissement. La personne chargée de communication au sein du service a pu transmettre notre demande à de nombreux établissements. Cette démarche nous a permis d'être mises en relation avec un médecin coordinateur qui travaille au sein de quatre résidences services. Les résidences services sont destinées à des personnes âgées autonomes, de plus de 60 ans. Ainsi, nous avons pu rencontrer trois personnes, néanmoins nous n'avons pu retenir qu'une personne pour notre étude.

Parallèlement, nous avons élargi notre recherche sur les **réseaux sociaux** tels Facebook en postant des messages sur les groupes «Ortho-Infos» et «Orthophonie et dysphagies». De nombreuses personnes nous ont répondu mais malheureusement nous n'avons pas pu trouver de sujets par ce biais.

De plus, nous en avons parlé autour de nous, à nos maîtres de stage, à nos familles, à nos amis, aux quatre promotions de l'école d'orthophonie de Paris. Le **bouche à oreille** nous a ainsi permis de recruter neufs sujets.

b) Population témoin : exclusion

Nous n'avons pas introduit dans notre étude une population témoin car cela ne nous semblait pas pertinent. Nous avons rencontré cinq personnes âgées qui ne se plaignaient pas de leur déglutition. Leurs scores au DHI étant de zéro, nous n'avons pas fait passer le questionnaire-entretien puisqu'il est orienté sur les difficultés à avaler. Ainsi la constitution d'une population témoin ne nous aurait pas permis une comparaison avec notre population d'étude.

c) Description de la population finale

Ages	78	83	84	90	92	93	94	95	total
Femme	2	2	3	1	1	1		1	11
Homme							1		1

Nous avons recruté 12 sujets.

L'âge moyen est de **86,5 ans**.

B. Les limites

Une des limites a été la difficulté à obtenir l'attention des professionnels contactés que nous avons dû relancer à plusieurs reprises avant d'obtenir une réponse.

Nous avons également dû sensibiliser certains professionnels à la presbyphagie pour leur faire comprendre le sujet de notre étude et la raison pour laquelle nous sollicitons leur aide.

De plus, il a été difficile de trouver des sujets répondant strictement aux critères d'inclusion sans présenter de critère d'exclusion.

C. Les moyens

Nous avons choisi d'utiliser une échelle d'auto-évaluation (DHI) dans l'objectif d'évaluer la personne âgée dans sa globalité. Cette échelle peut initier le dialogue, le faciliter ou encore alerter en cas de souffrance dissimulée. En revanche, elle ne remplace pas l'échange, le partage et l'écoute entre le patient et le thérapeute, ce qui nous a amenées à mettre au point un questionnaire-entretien que nous vous présentons à la suite du DHI.

1. Le DHI (Deglutition Handicap Index) (cf. Annexe 2)

a) Présentation

Le DHI est un questionnaire d'auto-évaluation du handicap causé par les troubles de la déglutition. Il a été validé en français en 2005 par Marie-Paule Sanchez-Andrieux dans son mémoire pour l'obtention du Certificat de Capacité d'Orthophonie.

Ce questionnaire a été créé sur le modèle du VHI (Voice Handicap Index) et est composé comme ce dernier de 30 items répartis en 3 sous échelles de 10 items chacune.

Le **premier domaine (S)** correspond aux **symptômes** spécifiques d'un trouble de la déglutition, comme un blocage des aliments dans la gorge ou un étouffement après la déglutition.

Le **second domaine (F)** regroupe les symptômes aspécifiques en rapport avec le retentissement de la dysphagie sur l'alimentation, l'état nutritionnel et l'état pulmonaire. Il s'agit par

exemple de la nécessité de modifier la consistance des aliments pour avaler, une perte de poids ou des infections pulmonaires depuis l'apparition des problèmes de déglutition. Ce domaine explore donc l'aspect plus **fonctionnel**.

Enfin, le **domaine émotionnel (E)** se rapporte aux conséquences psychosociales du handicap causé par la dysphagie, comme une vie sociale et personnelle limitée ou une perte du plaisir de manger liée aux difficultés pour avaler.

Le DHI fait partie des questionnaires d'auto-évaluation qui prévoient le plus d'items sur le retentissement psycho-social de la dysphagie. En effet, la plupart des questionnaires existants se contentent d'une seule question sur la qualité de vie.

L'avantage du DHI est de ne pas être un simple recueil de symptômes ni une échelle de qualité de vie spécifique des troubles de la déglutition. Il est considéré comme un outil clinique intéressant et utile qui permet de relativiser le point de vue du patient par rapport à la perception du clinicien. En appréciant le ressenti du patient, ce questionnaire constitue également une aide à l'évaluation clinique ainsi qu'une base pour les suivis ultérieurs du patient.

b) Cotation

Le DHI est une échelle qualitative, ordonnée en fréquences avec cinq degrés de sévérité: «jamais» (J), «presque jamais» (PJ), «parfois» (P), «presque toujours» (PT), «toujours» (T). Les réponses peuvent donc varier de «jamais» à «toujours» et valent respectivement 0, 1, 2, 3 et 4 points.

Les scores obtenus pour chaque domaine vont de 0 à 40 points. Le handicap maximum est donc représenté par un score total de 120 points. Plus le score est élevé, plus le handicap de dysphagie est perçu comme sévère.

Le DHI est généralement utilisé comme outil d'évaluation d'un suivi thérapeutique, en comparant plusieurs évaluations d'un même patient dans le temps. Cependant, il peut également être utilisé comme outil d'évaluation de la plainte liée à la dysphagie du patient à un moment donné.

De par sa parenté avec le VHI, nous pouvons utiliser les mêmes cotations de sévérité du handicap. Ainsi il en ressort qu' :

- un score total de 0 à 30 indiquerait une plainte légère.
- un score de 31 à 60, une plainte modérée.
- un score de 61 à 120, une plainte sévère.

(Breil, Crepin, 2006)

2. Questionnaire-entretien (cf. Annexe 3)

Nous avons élaboré un questionnaire-entretien afin de compléter le DHI en offrant un espace de parole au sujet. Ce questionnaire-entretien cherche à rendre possible la rencontre.

Les 19 questions ouvertes qui composent ce questionnaire sont formulées de telle sorte que le sujet a la possibilité de répondre librement et plus personnellement. De plus, les questions sont suffisamment ouvertes pour permettre au sujet d'orienter l'entretien comme il le souhaite.

Les questions 1, 4, 5 et 10 cherchent à mettre en exergue des difficultés rencontrées lors des repas et reprennent celles du DHI tout en permettant d'exprimer plus précisément les sensations physiques ressenties par le sujet.

Les questions 3, 6, 13, 15, 16 et 18 proposent une réflexion sur le retentissement des difficultés, soit les répercussions fonctionnelles, au moment des repas et l'évolution de celles-ci. Ces questions s'intéressent à la période précédant l'apparition des difficultés pour mieux en comprendre leurs conséquences aujourd'hui.

Les questions 8, 9, 11 et 12 permettent des précisions sur les conditions particulières des repas : l'environnement, la prise alimentaire et les particularités de chacun (prise de médicaments, préparation des repas, régime).

Les questions 2, 7, 14, 17 et 19 s'intéressent au vécu du sujet autour de l'alimentation et des conséquences qu'elle peut engendrer, sur la vie sociale et au quotidien. Ces questions offrent la possibilité d'exprimer des aspects plus positifs tels que le plaisir, le désir, les préférences, ce que le DHI ne cherche pas à mettre en évidence.

Le questionnaire a été rédigé de façon à avoir une trame identique pour tous les entretiens. Cependant, chaque question peut être formulée différemment, supprimée ou complétée en fonction du sujet, en s'adaptant à ses réponses précédentes. Par exemple, si le sujet vit en maison de retraite, on ne lui poserait pas la question « Préparez-vous vos repas? » (Q9).

3. Questionnaire destiné à un proche du sujet (cf. Annexe 4)

Nous avons mis au point ce questionnaire pour apprécier le vécu de la famille ou d'un proche. Le but est de comprendre comment l'entourage perçoit les difficultés à avaler du sujet et quelles en sont les répercussions sur les relations intrafamiliales.

Ce questionnaire est composé de 17 questions fermées et d'un item proposant l'ajout de remarques.

Les questions 3 et 4 concernent les difficultés rencontrées lors des repas et permettent de savoir si le proche a conscience des difficultés de déglutition.

Les questions 2, 6, 7, 13 et 14, cherchant à mettre en évidence les répercussions fonctionnelles, objectivent les changements opérés pour les repas ainsi que les adaptations mises en place par le proche.

Les questions 1, 8, 12 se réfèrent aux conditions particulières des repas et permettent de comprendre la situation réelle du proche au moment des repas, son implication et sa disposition à percevoir les difficultés.

Les questions 5, 9, 10, 11, 15, 16 et 17 cherchent à déterminer le ressenti du proche vis-à-vis des difficultés liées au repas et les conséquences qu'elles engendrent au sein de la famille.

4. Déroulement de l'entretien

Nous avons d'abord pris contact avec les sujets afin d'expliquer notre étude, notre démarche et le déroulement de l'entretien. Avec leur accord, nous avons convenu d'un rendez-vous.

Les entretiens se sont déroulés sur le lieu de vie des personnes âgées afin de ne pas les faire se déplacer et de s'adapter au mieux à leurs possibilités.

La durée moyenne des entretiens était de 30 minutes.

Lors des rencontres, nous avons commencé l'entretien en nous présentant, en rappelant l'objet de notre étude, l'assurance de l'anonymat et en remerciant les sujets pour leur participation.

Dans le cas où un proche était présent, nous avons demandé à la personne entretenue si elle acceptait que l'entretien se fasse seul avec elle. L'entretien individuel permet à la personne de ne sentir aucune pression éventuelle et de pouvoir répondre librement. Son proche était invité à remplir un questionnaire dans une autre pièce. Si le proche n'était pas là, nous avons essayé de faire parvenir le questionnaire par courrier avec une enveloppe timbrée jointe à celui-ci, avec l'accord de la personne rencontrée.

Dans un premier temps, nous avons fait passer le DHI en demandant au sujet s'il préférerait le remplir seul ou avec notre aide, c'est-à-dire en lui lisant les différents items.

Dans un deuxième temps, nous avons proposé le questionnaire-entretien. A la suite de celui-ci, en cas de présence d'un proche, nous l'avons invité à nous rejoindre afin de leur donner des conseils adaptés pour améliorer la déglutition et le déroulement des repas (postures de sécurité, adaptation des textures, conditions environnementales,...).

D. Méthode d'analyse

1. Analyse du DHI et du questionnaire-entretien

Nous avons effectué une analyse du DHI et du questionnaire-entretien. Le but était de mettre en relation les réponses du sujet afin de détecter la plainte et de voir comment le sujet en parle. Pour

cela, nous avons mis en place une grille d'analyse composée de quatre axes : Difficultés rencontrées lors des repas/ Répercussions fonctionnelles/ Conditions particulières des repas/ Vécu du sujet.

Nous nous sommes inspirées des critères de cotation du DHI, en ajoutant un domaine supplémentaire pour les conditions. En effet, des questions du questionnaire-entretien s'intéressant à ce domaine, nous avons estimé qu'il était pertinent de le prendre en compte puisque les conditions environnementales peuvent être un facteur influençant la déglutition. Ainsi, cet axe nous a permis d'affiner nos observations.

Nous avons classé chaque question du questionnaire-entretien :

-difficultés rencontrées lors des repas: questions 1-4-5-10

-répercussions fonctionnelles: questions 3-6-13-15-16-18

-conditions particulières des repas: questions 8-9-11-12

-vécu du sujet: questions 2-7-14-17-19

2. Analyse du questionnaire destiné à un proche

Quand nous avons pu demander à un proche de répondre au questionnaire-famille, nous nous sommes appuyées sur la même grille d'analyse :

-difficultés rencontrées lors des repas : questions 3-4

-répercussions fonctionnelles : questions 2-6-7-13-14

-conditions particulières des repas : questions 1-8-12

-vécu du sujet : questions 5-9-10-11-15-16-17

IV. Analyse des résultats

Ci-dessous, nous vous présentons les rencontres avec les sujets, ainsi qu'une situation écologique de repas partagé en maison de retraite. Les phrases en italique et entre guillemets rapportent les paroles de chacun.

Analyse de l'entretien avec Mme M.

Présentation clinique

Mme M. est une femme de 78 ans vivant avec son mari, dans une maison. Lors du premier contact téléphonique, Mme M. a accepté avec enthousiasme de participer à notre étude. Quand je lui ai expliqué le sujet de notre mémoire, j'ai eu l'impression qu'elle se sentait particulièrement concernée par celui-ci.

En arrivant chez elle, Mme M. me confie s'être apprêtée pour me recevoir, elle attendait notre rencontre et s'y était préparée. Alors que nous n'étions pas encore installées, Mme M. évoque ses difficultés dues à son appareil dentaire qui lui provoque des douleurs gingivales. Il semblerait que cette plainte soit l'origine d'une véritable souffrance.

Mme M. m'apparaît comme une femme dynamique, qui aime s'occuper de ses petits-enfants. Elle est tout à fait autonome.

L'entretien a duré 25 minutes. Mme M. m'a demandé de lire les questions auxquelles elle a répondu avec concision. Tout au long de l'entretien, Mme M. a une idée précise de ses difficultés et ne semble pas réticente pour en parler.

Analyse du DHI

Mme M. a un score de **26/120**, révélant une **plainte légère**.

- Domaine Symptômes : 10/40
- Domaine Fonctionnel : 13/40
- Domaine Emotionnel : 3/40

Le score est légèrement plus élevé dans le domaine fonctionnel. Ces résultats correspondent aux conséquences directes des difficultés de mastication. Mme M. est pratiquement toujours obligée de réduire la quantité de ses prises alimentaires et de modifier la consistance étant dans l'incapacité à avaler certains aliments.

Analyse de l'entretien

Difficultés rencontrées lors des repas

« *C'est important les dents* » me dit Mme M. au début de l'entretien. Cette première déclaration caractérise d'emblée sa plainte ou tout du moins une partie de celle-ci. Mme M. souffre essentiellement de douleurs aux gencives engendrées par le port de deux appareils dentaires inférieur et supérieur. Nous pourrions penser qu'il s'agit d'une mauvaise adaptation mais elle en a parlé plusieurs fois à sa dentiste qui modifie les prothèses à chaque rendez-vous. Elle peine à s'y habituer, et explique cela par une sensation différente de l'aliment dans la bouche. Cette impression est très souvent décrite dans la littérature, comme nous l'avons exposée dans la partie théorique.

Elle a conscience qu'elle met plus de temps à mâcher, et connaît l'origine de ce problème « *tout vient des dents* ». De ce fait, elle essaye de prendre plus de temps pour mastiquer mais elle m'explique que parfois elle avale sa bouchée trop vite.

Ses difficultés sont uniquement perceptibles avec des textures solides comme la viande. Mme M. cherche à varier et équilibrer ses menus, elle détourne donc ce problème en mangeant des steaks hachés.

Répercussions fonctionnelles

Les repas de Mme M. sont toujours légers du fait qu'elle ne ressent pas la faim alors que la satiété est très vite ressentie. Mme M. dit avoir un petit appétit depuis toujours. Quand elle était enfant, il lui était impossible de finir son assiette.

Quand son mari s'absentait pour la semaine, Mme M. mangeait sur le pouce mais les repas se sont toujours bien passés. Dans ce qu'exprime Mme M., nous remarquons que l'esprit de convivialité a un impact sur les prises alimentaires. La quantité est un critère auquel elle apporte beaucoup d'importance, et quand je lui demande ce que serait un repas idéal pour elle, Mme M. répond « *en petite quantité ! Je pense que c'est ce qu'il y a de mieux !* ».

Ses astuces, boire en mangeant et faire de plus petites bouchées pour avaler plus facilement, montrent qu'elle a pu s'adapter à ses difficultés bien qu'une plainte persiste.

Conditions particulières des repas

Mme M. prépare ses repas et les prend dans de bonnes conditions environnementales: assise, à table. Aucun régime n'a été mentionné. Mme M. prend un traitement médicamenteux pour l'estomac, ainsi qu'un traitement anti reflux gastro-œsophagien.

Vécu du sujet

Il me semble important de souligner la peur de manger exprimée par Mme M. à travers le DHI ainsi et que le temps du repas bien souvent vécu comme un moment désagréable. Ce dernier peut s'expliquer par la fatigue que lui coûte une mastication douloureuse et chronophage. Mme M. a déjà évoqué ses difficultés avec son mari, son médecin et son dentiste. Elle cherche certainement des réponses et un soutien auprès de ces personnes. Bien que Mme M. ait identifié ses difficultés, il semblerait que celles-ci soient difficiles à accepter. Peut-être sont-elles aussi à l'origine d'une angoisse pour l'avenir ? Elle m'explique à la fin de l'entretien que toute sa famille se retrouve régulièrement autour d'un repas. Actuellement, ses difficultés ne limitent pas sa vie personnelle et sociale car pour Mme M. la convivialité est primordiale.

Vécu du proche

Son mari, avec qui elle partage le même menu quotidiennement, a répondu au questionnaire. Il précise ne pas avoir remarqué les difficultés de son épouse mais en avoir déjà parlé avec elle. Quand il prépare les repas, il ne fait pas attention à la texture, en revanche il ajoute qu'il s'est adapté aux difficultés de son épouse en préparant plus de viande en sauce. Les difficultés n'ont pas perturbé l'équilibre de leur couple, ni de la famille.

Education thérapeutique

Mme M. s'est adaptée elle-même à ses difficultés, elle a su mettre en place des compensations en modifiant la texture/consistance de ses repas, comme décrit précédemment. D'un point de vue nutritionnel, Mme M. semble avoir un apport journalier suffisant bien que ses prises alimentaires soient en petites quantités. Pour faciliter la déglutition, j'ai donc préconisé à Mme M. de:

- prendre systématiquement le temps de mâcher pour éviter tout blocage et douleur au moment d'avaler
- baisser le menton vers le thorax (posture que je lui montre en même temps)
- accompagner la viande de sauce
- éviter de regarder ou d'écouter la télévision en mangeant

Je n'ai pas pu répondre pleinement à sa plainte concernant ses prothèses. J'ai simplement pu lui expliquer que l'orthophoniste ne pouvait pas intervenir directement. Je lui ai ainsi conseillé de parler de nouveau de ses difficultés à son dentiste.

Ce dernier temps de la rencontre était très attendu, Mme M. a reçu toutes ces informations avec beaucoup d'attention. J'ai également invité son mari à participer à cette discussion qui s'est montré à l'écoute, en l'encourageant à poursuivre la préparation de viande en sauce.

Analyse de l'entretien avec Mme C.

Présentation clinique

Mme C. est une femme âgée de 78 ans. Elle m'a accueillie dans son appartement, en présence de son mari. L'entretien s'est déroulé dans le salon et a duré environ 30 minutes. Mme C. et moi étions assises sur un canapé, l'une à côté de l'autre.

Mme C. est une femme très menue qui a l'air d'avoir un petit appétit. Elle est souvent tendue, crispée et semble un peu anxieuse.

Analyse du DHI

Mme C. remplit seule le DHI. Elle obtient un score total de **6/120** ce qui indique une **plainte très légère** au niveau de la déglutition.

- Domaine Symptômes : 6/40
- Domaine Fonctionnel : 0/40
- Domaine Emotionnel : 0/40

Nous pouvons conclure que d'après le DHI, Mme C. possède quelques symptômes d'un trouble léger de déglutition mais que cela n'a aucune répercussion, ni fonctionnelle, ni émotionnelle.

Mme C. sent parfois une gêne et une douleur quand elle avale et tousse parfois ou racle sa gorge pendant ou après le repas mais c'est tout.

Analyse de l'entretien

Difficultés rencontrées lors des repas

Tout comme pour le DHI, les réponses de Mme C. aux questions posées lors de l'entretien n'ont mis en évidence que peu de symptômes relevant d'un trouble de la déglutition.

Mme C. sent simplement une gêne lorsqu'elle avale, notamment quand il s'agit de prendre des comprimés « *Les gros cachets par exemple je les sens passer* ». Cependant, elle laisse entendre que cette gêne serait plutôt provoquée par la peur de s'étouffer. Mme C. tousse parfois lorsqu'une miette de pain « *passé mal* ». Elle me précise qu'elle ne bave pas.

Mme C. n'a pas de difficulté pour mâcher, même si elle trouve que ses dents « *couper moins* » et que la viande doit tout de même être assez tendre pour qu'elle puisse la manger.

D'après Mme C., la déglutition des liquides, des solides et des mixés se passe bien et il n'y a aucune différence entre les trois textures.

Répercussions fonctionnelles

Les repas de Mme C. se déroulent bien selon elle. Lorsque ses enfants étaient jeunes, elle mangeait debout et très vite mais ce n'est plus le cas aujourd'hui.

Petite, Mme C. faisait de l'urticaire donc de nombreux aliments lui étaient interdits.

Elle ne ressent ni la faim ni la satiété et n'a pas d'astuces pour faciliter sa déglutition. Elle dit que la solution serait de lui « *faire un gosier plus large* ».

Conditions particulières des repas

Mme C. mange assise à table avec son mari et parfois la radio en fond sonore.

Elle a un régime particulier recommandé par son médecin pour éviter ses problèmes de transit. Elle ne boit pas de lait ni d'aliments à base de lait de vache et ne mange pas de légumes tels que les navets et le chou.

Mme C. n'a pas de diabète ni de reflux mais prend des médicaments pour la tension.

Vécu du sujet

Mme C. n'a parlé de ses difficultés à personne.

Elle dit ne pas vraiment avoir de plaisir à manger ni d'aliments préférés. Elle mange de tout et n'a pas de préférences. Lorsque j'insiste un peu, elle finit par me dire qu'un sandwich au saucisson avec du pain croustillant et de la bière lui ferait vraiment envie.

Mme C. est gênée au restaurant car elle n'a pas faim et finit donc rarement ses plats. Ce n'est pas le fait de manger en présence d'autres personnes qui la dérange.

Parmi les expressions données par Mme C., « *avoir un appétit d'oiseau* » reflète bien son rapport à la faim.

Le repas idéal de Mme C. est un repas partagé avec ceux qu'elle aime.

Vécu des proches

Le mari de Mme C. mange tous les jours avec elle, assis à table dans leur appartement. Les repas durent entre 15 et 30 minutes.

M. C. n'a pas remarqué de difficultés à manger chez sa femme. Il n'a donc pas répondu au reste des questions.

En revanche, le fils et la belle-fille de Mme C. ont répondu qu'ils avaient remarqué des difficultés. Ils mangent avec elle environ une fois par mois, assis à table en famille et les repas durent entre 45 minutes et 1 heure.

D'après eux, les difficultés à manger sont présentes depuis plus de cinq ans et ils ont déjà évoqué ces problèmes avec Mme C.

Ils ne l'aident pas pendant les repas mais ne mangent pas toujours la même chose qu'elle. La belle-fille de Mme C. lui prépare parfois ses repas en faisant attention à la texture et à la quantité.

Le fils et la belle-fille de Mme C. n'ont pas peur qu'elle avale de travers. Ils n'ont pas honte de ses difficultés et s'y sont adaptés. Cependant, le fils dit être agacé par les problèmes de sa mère.

De plus, ils trouvent tous les deux que cela perturbe les relations entre les membres de la famille, de l'entourage mais que ce n'est pas un sujet tabou entre eux.

Education thérapeutique

Mme C. ayant globalement peu de difficultés autour de la déglutition, nous avons surtout abordé l'anxiété qu'elle peut ressentir au moment des repas. En effet, Mme C. est souvent tendue et le fait de manger génère un certain stress chez elle car elle a peur que les aliments passent mal. J'ai tenté de la rassurer en lui expliquant le mécanisme de déglutition et en lui disant qu'il n'y avait pas de raison qu'elle s'étouffe si elle essaie de se détendre. La relaxation pourrait être un moyen de libérer les tensions présentes chez cette dame qui se crispe lors des repas, ce qui ne facilite pas le passage des aliments.

Pour les médicaments qui peuvent être difficiles à avaler, je lui ai conseillé de les broyer (si possible) ou de les mélanger avec du yaourt ou de la compote pour qu'ils glissent plus facilement sans rester collés ou bloqués dans la gorge.

Enfin, nous avons abordé ensemble la question de l'appétit et du plaisir de manger. Mme C. mange peu et de ce fait elle est toute menue et se sent parfois faible. Il serait peut-être bon qu'elle prenne contact avec un diététicien qui puisse lui donner des astuces pour enrichir ses repas et augmenter ainsi ses apports sans nécessairement manger de plus grandes quantités. Cela pourrait lui redonner le plaisir de manger car elle ne se sentirait pas « forcée » de manger plus et apprécierait davantage les repas. De plus, le diététicien pourrait l'aider à retrouver les aliments qui lui font le plus plaisir et lui donner des recettes pour les adapter à l'alimentation qui lui convient.

Des compléments alimentaires pourraient être proposés à cette dame mais les patients ne sont généralement pas très friands de ce genre d'aliments et cela ne l'aiderait pas à retrouver le plaisir de manger. Je lui ai donc plutôt conseillé de fractionner les prises alimentaires en faisant plusieurs petits repas par jour afin de manger en plus petites quantités mais plus souvent, ce qui ne diminuerait pas les apports à la fin de la journée.

Mme C. a été très attentive aux informations et conseils que je lui ai donnés. Elle semblait rassurée mais peu convaincue par le fait que l'on puisse lui redonner goût à la nourriture.

Analyse de l'entretien avec Mme V.

Présentation clinique

La première rencontre s'est déroulée dans le cabinet de son orthophoniste. J'étais venue me présenter, lui parler de notre étude et lui proposer d'y participer ce qu'elle a accepté. Nous avons convenu d'une date et quelques jours plus tard je la rencontrais dans son appartement. Mme V. est âgée de 83 ans, elle vit seule et de façon autonome. Le contact s'est très vite établi, Mme V. est très souriante, joviale et m'invite à me mettre à l'aise dans son salon. Elle me dit avoir rangé son salon pour que je puisse m'y installer confortablement, Mme V. semble avoir préparé notre rencontre. Elle dit être contente « *de pouvoir aider les jeunes* ».

Dès le début, Mme V. fait référence à un événement qui a eu lieu en septembre 2012. Il semble en lien avec ses difficultés à avaler mais restant très évasive, je n'ai pas cherché à en savoir plus en lui posant des questions qui auraient pu être trop intrusives. Je pensais qu'elle m'en dirait plus en lui laissant le temps.

Analyse du DHI

Le score obtenu à partir des réponses de Mme V. est de **47/120**, révélant une **plainte modérée** autour de la déglutition.

- Domaine Symptômes : 15/40
- Domaine Fonctionnel : 11/40

- Domaine Emotionnel : 21/40

Les réponses de Mme V. laissent paraître une gêne « presque toujours » présente lors de ses repas. Les aliments restent collés ou bloqués dans sa gorge l'obligeant à racler sa gorge pendant les repas. Elle semble rencontrer peu de problèmes de mastication. Il lui arrive parfois de s'étouffer. A mon sens, il pourrait s'agir d'un défaut de préparation du bol ou d'une difficulté à propulser le bol.

Au niveau fonctionnel, les symptômes précisés par Mme V. semblent retentir sur la durée des repas qui est allongée, et sur son état de fatigue. Mme V. dit avoir toujours faim après les repas ce qui pourrait nous inquiéter sur son état nutritionnel mais elle dit ne pas perdre de poids. Le questionnaire-entretien m'a permis de mieux comprendre. Le temps du repas fatigue Mme V., ce qui l'amène à ne pas toujours finir son assiette.

Les conséquences de la presbyphagie sont importantes chez Mme V. : isolement social, sentiment de gêne vis-à-vis de ses proches, sentiment d'incompréhension, anxiété. Nous retrouvons dans la plainte de Mme V. les caractéristiques d'une rupture du lien social porté par l'alimentation.

Analyse de l'entretien

Difficultés rencontrées lors des repas

Mme V. commence l'entretien en me parlant de ses quintes de toux pendant et après les repas. Plus tard, elle précisera que celles-ci se sont amoindries. Rappelons qu'elle est prise en charge en orthophonie pour sa déglutition, ce qui expliquerait la diminution de cette toux. C'est la seule plainte que je relève dans ce domaine, elle revient plusieurs fois dans l'entretien et c'est celle qui paraît avoir le plus de conséquences psychosociales.

Mme V. a remarqué devoir mâcher plus longtemps, et couper la viande en plus petits morceaux mais n'a pas de difficultés particulières avec la consistance des aliments « *Je mange de tout et prend le temps qu'il faut* ». Mme V. semble s'être adaptée aux changements physiologiques liés au vieillissement.

Répercussions fonctionnelles

Mme V. mange de tout et n'a rien exclu de son alimentation. Elle dit ne pas avoir de plaisir à manger, sauf pour le chocolat qu'elle mange entre les repas. Mme V. ressent la satiété mais dit « *je m'arrête très vite de manger car ça me fatigue plutôt qu'autre chose* ».

Conditions particulières des repas

Le temps du repas fatigue beaucoup Mme V. Elle me dit avoir changé ses habitudes sous les conseils de son orthophoniste pour « *éviter les excès de toux* ». Avant, elle mangeait devant la télévision, dans son canapé avec un plateau repas sur les genoux. Aujourd'hui, elle est assise sur un

tabouret devant une table, dans sa cuisine, au calme.

Elle prend un traitement anti-reflux, j'ai à ce sujet oublié de lui demander depuis quand elle le prenait, ce qui aurait pu nous indiquer si la toux avait un lien avec ou non.

Vécu du sujet

A mon sens, la perte de plaisir exprimée par Mme V. l'a amenée à désinvestir l'alimentation, « *toute seule je mange parce qu'il faut manger* ». Ce témoignage souligne de nouveau l'importance de la convivialité lors des repas. En tête-à-tête avec sa solitude, Mme V. n'apprécie guère les repas, elle y attache de moins en moins d'importance « *toute seule ça n'a pas grand intérêt* ». Quand Mme V. me parle des repas qu'elle partageait avant avec sa famille ou ses amis, je vois un autre visage, plus radieux et dit « *manger en famille, là c'est différent* ».

Mme V. a conscience de cet isolement et cherche à l'éviter « *je me force à rejoindre mes amis tant que je peux, à ne pas me replier sur moi, en plus je peux encore marcher, ça viendra bien assez vite de ne pas sortir.* ». De plus, Mme V. suit deux rééducations orthophoniques, l'une pour les difficultés de déglutition, l'autre fait suite aussi à cet événement de septembre 2012. Mme V. ne m'en a pas dit plus, ce que j'ai respecté pendant toute notre rencontre en ne posant aucune question. Elle m'a semblé être dans une démarche de vie, et cherche vraiment à dépasser ses difficultés. Lors de notre au revoir, elle m'a confié sur le ton de l'humour qu'elle ne voulait pas se laisser abattre.

Education thérapeutique

Mme V. ayant déjà reçu des conseils par son orthophoniste, j'engage cet échange à tâtons. J'ai essayé de savoir ce que l'orthophoniste lui avait conseillé mais Mme V. n'a pas été très réceptive à ma question. Pendant l'entretien, j'ai surtout noté une adaptation de la posture et de l'environnement. Je lui ai conseillé dans la mesure du possible de s'asseoir sur une chaise plutôt qu'un tabouret pour reposer son dos, mais Mme V. m'a répondu ne pas avoir la place dans sa cuisine. Mme V. a préféré orienter notre échange sur un autre sujet, en me questionnant sur les études d'orthophonie.

Lorsque nous nous sommes quittées, Mme V. m'a accompagnée jusqu'à l'ascenseur en me remerciant de ma visite alors que j'étais plus à même de la remercier pour sa précieuse participation. J'ai senti qu'elle avait été sensible à l'espace de parole offert par le questionnaire-entretien.

Analyse de l'entretien avec Mme L.

Présentation clinique

Mme L. est une femme âgée de 83 ans. Elle m'a reçue chez elle chaleureusement en présence de son mari. L'entretien s'est déroulé dans leur salon et a duré environ 40 minutes. Mme L. était

confortablement assise sur un fauteuil en face de moi.

Elle semblait détendue et curieuse de savoir ce que j'allais lui demander. Elle m'a paru être une femme généreuse et très attentionnée envers son mari. Elle s'occupe de tout chez elle et cela semble la fatiguer. Elle prend beaucoup de plaisir à manger, aime les bonnes choses mais est inquiète quant à l'éventualité de faire une fausse route.

Analyse du DHI

Mme L. préfère que je lui lise les phrases du DHI plutôt que de remplir le questionnaire seule. Elle obtient un score total de **20/120** ce qui indique une **plainte légère** au niveau de la déglutition.

- Domaine Symptômes : 11/40
- Domaine Fonctionnel : 4/40
- Domaine Emotionnel : 5/40

Nous pouvons conclure que d'après le DHI, Mme L. possède quelques symptômes d'un léger trouble de déglutition. Elle a parfois des difficultés à déglutir les liquides, des étouffements, des difficultés à mâcher et toujours des remontées de liquides ou d'aliments après les repas («*depuis toujours*»). Il s'agit certainement d'un reflux gastro-œsophagien.

Cela ne semble pas avoir de grandes répercussions sur le plan fonctionnel. Mme L. a parfois faim ou soif après le repas mais elle me dit être très gourmande et rarement rassasiée («*je ne dis jamais non pour un petit chocolat*»).

D'un point de vue émotionnel, Mme L. ne semble pas trop souffrir de ses difficultés. Elle dit cependant qu'elle est parfois contrariée et se sent handicapée du fait de ses difficultés pour avaler.

Analyse de l'entretien

Difficultés rencontrées lors des repas

Lors de l'entretien, Mme L. m'a confirmé qu'elle n'avait pas de problème à part de temps en temps quand quelque chose «*s'interpose*» et «*passé de travers*» comme avec les oranges par exemple. Elle dit alors qu'elle «*s'étouffe*». Il lui arrive même de s'étouffer avec sa salive et elle trouve que c'est avec les liquides qu'elle «*a le plus de mal*».

Mme L. n'a pas de difficultés à mâcher et me dit qu'au contraire elle ne mâche pas assez, «*je ne fais pas de bouillie*». Cela est contradictoire avec sa réponse au DHI: «*j'ai parfois du mal à mâcher*». Nous pouvons nous demander s'il ne s'agit pas ici d'une mauvaise compréhension de la phrase du DHI (interprétation «*je mâche mal*» pour «*j'ai du mal à mâcher*»).

Répercussions fonctionnelles

Mme L. dit avoir des difficultés depuis 10 ans et qu'avant «*ça allait*» à part les «*remontées*»

acides» qu'elle a toujours eues et qu'elle traite par un anti-reflux.

Elle pense qu'elle mange trop vite et ressent la faim mais pas la satiété; *«c'est ça le problème»* me dit-elle, c'est pourquoi elle a parfois faim ou soif après le repas.

Elle dit ne pas avoir d'astuces pour faciliter sa déglutition. En effet, elle ne bannit aucun aliment et ne modifie jamais leur consistance pour pouvoir les avaler.

Elle pense cependant qu'elle pourrait améliorer sa déglutition en étant *«plus au calme, sans télévision»*.

Conditions particulières des repas

Mme L. n'a pas de régime particulier à part *«éviter de manger trop gras»* car elle a du cholestérol et un reflux gastro-œsophagien.

Elle prépare ses repas et ceux de son mari, qu'ils partagent ensemble à table, le plus souvent devant la télévision.

Vécu du sujet

Mme L. a parlé de ses problèmes de déglutition à sa petite fille qui lui a donné des conseils qu'elle ne suit pas trop.

Malgré ses difficultés, Mme L. prend beaucoup de plaisir à manger et aime tous les aliments. En effet, manger n'est jamais un moment désagréable pour elle.

Elle adore aller au restaurant et n'est pas gênée en présence d'autres personnes. Le regard des autres ne la dérange donc pas: elle n'évite presque jamais de manger avec les autres à cause de ses difficultés pour avaler, sa vie personnelle et sociale n'est jamais limitée et elle n'est jamais ennuyée par la manière dont elle mange au moment des repas.

En revanche, il lui arrive parfois d'être contrariée par ses difficultés pour avaler car cela lui fait peur: *«j'ai peur de faire des fausses routes parce que je crois que ma mère est morte de ça et ça m'angoisse. Quand je m'étouffe c'est terrible, j'ai peur.»*

Son repas idéal serait un repas pour lequel elle serait servie.

Vécu du proche

Le mari de Mme L. mange tous les jours avec elle, assis à table devant la télévision. Les repas durent entre 15 et 30 minutes ce qui est un peu rapide.

C'est Mme L. qui fait seule la cuisine et le couple va parfois au restaurant.

M. L. répond dans le questionnaire qu'il n'a pas remarqué de difficultés à manger chez son épouse, qu'il n'a donc pas peur, n'est pas agacé ni honteux.

Education thérapeutique

Mme L. ayant à plusieurs reprises manqué de s'étouffer avec une orange, je lui conseille de faire attention aux textures mixtes. En effet, les oranges ont beaucoup de jus, leur texture est donc à la fois solide et liquide ce qui peut être compliqué lors de la déglutition. Je l'encourage donc à privilégier les textures homogènes.

Je montre ensuite à Mme L. la posture à adopter lorsqu'elle avale notamment les liquides qui ont parfois du mal à passer du bon côté. Je lui explique qu'elle peut baisser le menton vers le thorax pour favoriser le passage dans le pharynx puis l'œsophage.

Je lui conseille ensuite de prendre son temps pour manger, de mâcher suffisamment et d'éviter les distractions au cours des repas. Ainsi, je lui suggère de n'allumer la télévision que pour avoir un petit fond sonore si cela lui plaît mais d'éviter de devoir se tourner pour la regarder en mangeant. Je lui conseille aussi de ne pas trop s'agiter en faisant des aller-retours dans la cuisine pour servir les plats et éventuellement de demander à son mari de se déplacer car elle s'essouffle à chaque pas effectué.

Analyse de l'entretien avec Mme S.

Présentation clinique

J'ai rencontré madame S. par le biais d'un orthophoniste travaillant à l'hôpital. Quelques mois auparavant, cet orthophoniste l'avait reçue pour un bilan de déglutition suite à une gêne au moment d'avaler. Cette personne avait été adressée par un ORL dont le bilan n'a pas objectivé de troubles de la déglutition.

Lors du premier contact téléphonique, Mme S. a été étonnée que l'entretien ne se déroule pas au téléphone. Après lui avoir expliqué qu'il était souhaitable que je la rencontre, elle a très vite accepté de fixer un rendez-vous. L'entretien a eu lieu dans son appartement, et a duré environ 45 minutes.

Mme S. est une femme âgée de 84 ans, qui vit seul depuis son veuvage. Elle est autonome, se déplace seule dans toutes ses activités au quotidien. Entourée par ses enfants, elle précise ne pas connaître la solitude.

Le contact s'est très vite établi, elle m'a reçue avec plaisir en me proposant un café. Mme S. est une femme souriante, chaleureuse. Tout au long de l'entretien, les sujets les plus importants sont abordés avec humour. Par exemple, Mme S. n'hésite pas à me demander « *On peut en mourir ?* » sur le ton de la blague, sans même me laisser le temps de lui répondre. Cette attitude m'a permis de sentir chez cette femme un fort sentiment d'inquiétude. La fin de notre rencontre, que je relate plus loin, m'a permis de mieux comprendre cette inquiétude.

Analyse du DHI

Madame S. a pu remplir le DHI seule.

Les réponses de Mme S. mettent en évidence une **plainte légère**, avec un score de **15/120**.

- Domaine Symptômes : 9/40
- Domaine Fonctionnel : 4/40
- Domaine Emotionnel : 1/40

La plainte est principalement centrée sur les symptômes. Les symptômes exprimés ne sont remarqués que « parfois » : gêne au moment d'avaler, aliments collés ou bloqués dans la gorge, étouffement en mangeant, reflux gastro-œsophagien.

Le DHI révèle que la durée des repas est allongée à cause des difficultés à avaler, et le sentiment de soif ou de faim après les repas est « presque toujours » présent. Cela nous alerte sur d'éventuelles carences nutritionnelles et hydriques pour lesquelles il va falloir être vigilants.

Analyse de l'entretien

Difficultés rencontrées lors des repas

Les difficultés de Mme S. dépendent de ce qu'elle avale. Dès la première question, Mme S. commence par me raconter deux épisodes de fausses routes. Le premier a eu lieu en 2008, où un morceau de crêpe « *a pris la mauvaise direction, j'ai cru y passer !* ». En présence de sa fille et de sa petite-fille qui n'ont rien fait selon Mme S, se sentant certainement démunies, c'est le restaurateur qui est intervenu. Un deuxième événement de fausse route avec du pain pâteux est survenu deux ans après, pour lequel elle est parvenue à expectorer, « *ça a duré quelques secondes mais qui paraissent longues* ». La remémoration de ces fausses routes laisse transparaître la peur qui a envahi Mme S., une peur qui reste présente comme nous allons le découvrir à la fin de l'entretien mais qui n'est pas exprimée dans le DHI.

Mme S. n'a pas fait part de difficultés pour mâcher dans le DHI, alors qu'elle les évoque dans le questionnaire. Elle spécifie que ces difficultés concernent essentiellement la mastication de la viande. A cela s'ajoutent des difficultés à avaler les textures mixées et pâteuses qui semblent être gênantes pour Mme S., puisque certains résidus peuvent rester collés sur les parois pharyngées, en revanche elle n'a jamais fait de fausses routes à la purée. Ces difficultés signent certainement un défaut de propulsion orale ou pharyngée qui s'expliquerait par le vieillissement comme décrit dans la littérature.

La gêne mentionnée pendant les repas, dans le DHI n'a pas été évoquée au travers de ses réponses au questionnaire. Cette gêne constituait pourtant l'objet d'une plainte lors de la rencontre avec l'orthophoniste. Il est d'ailleurs intéressant de noter que Mme S. n'a pas consulté un ORL directement après ses épisodes de fausses routes, mais 2 ans après. Cette gêne ressentie signerait-elle

l'angoisse induite par ces fausses routes ?

Répercussions fonctionnelles

Mme S. prend plus de temps pour manger. Dans le questionnaire, il semblerait que la durée soit allongée pour tous ses repas, tandis qu'elle a précisé « parfois » dans le DHI. Mme S. a pris conscience qu'elle mettait une bouchée dans sa bouche avant même que la précédente ne soit avalée. Nous pouvons supposer que la rencontre avec l'orthophoniste lui a été bénéfique. Elle a donc pris l'habitude de couper plus menu, de manger plus lentement. Ainsi elle a pu constater une amélioration au niveau de sa déglutition. Autre astuce mise en place, pour détourner les problèmes rencontrés avec la viande, Mme S. privilégie le poisson.

Mme S. a l'habitude de très peu déjeuner, elle ne ressent pas la faim et ne ressent la satiété que lors du dîner. Il lui arrive cependant d'avoir de nouveau faim vers 23h. Il serait ici intéressant d'avoir l'avis d'un nutritionniste, et comme je l'évoquais précédemment, il serait prudent de s'assurer que Mme S. ait un apport nutritionnel suffisant.

Mme S. a toujours eu beaucoup de plaisir à manger, ses difficultés ne gâchent en rien ce sentiment mais elle précise qu'elle mange tout de même moins.

Conditions particulières des repas

Mme S. prend ses repas assise sur une chaise, avec la radio allumée ou en regardant la télévision à hauteur de ses yeux. Cet environnement n'est pas favorable car il peut être source de distraction ce que je lui expliquerai à la fin de cet entretien.

Aucun régime n'est indiqué, ce à quoi elle précise qu'elle fait attention à avoir une alimentation équilibrée.

Mme S. prend plusieurs traitements médicamenteux. Elle a arrêté son traitement anti reflux gastro-œsophagien. Celui-ci lui avait été prescrit par son médecin quand elle avait évoqué sa gêne à avaler. Ce traitement était-il adapté ? Son interruption nous laisse penser que Mme S. n'a peut-être pas de reflux ou qu'elle s'en est accommodée.

Vécu du sujet

Mme S. a parlé de ses difficultés à son médecin et à un orthophoniste. J'ajoute à cela qu'elle en a également parlé à un ORL qui n'a pas trouvé de dysfonctionnement des voies aériennes digestives supérieures. Mme S. ne m'a pas mentionné la rencontre avec l'ORL, je l'ai su par son orthophoniste.

La durée de ses repas s'étant allongée, Mme S. mange en plus petites quantités ce qui la contrarie et perturbe « légèrement » la notion de plaisir. En revanche, cela n'a pas de répercussion sur

sa vie sociale. Avec ses proches, elle explique qu'elle met plus de temps, ce qui est compris et accepté par tous. Cette capacité à pouvoir « dire les choses » me fait penser qu'elle accepte ses difficultés.

Les réponses de Mme S. au DHI n'ont pas permis de mettre en évidence l'angoisse qui habite cette personne, mais il est intéressant de remarquer que cet entretien a été en quelque sorte encadré par des anecdotes qui renvoient directement à son vécu personnel. Ses deux épisodes de fausses routes ouvrent l'entretien, tandis que d'autres expériences vécues par son entourage viennent le clore à la toute fin. Elle commence par évoquer sa voisine qui fait des fausses routes à la salive et qui lui a affirmé qu'on pouvait en mourir. « *On peut vraiment en mourir ?* » me demande-t-elle en riant. Elle ne me laisse pas le temps de lui répondre et enchérit en remémorant un souvenir d'enfance qui l'a profondément marquée. Le souvenir d'un « *charbonnier de la forêt mort étouffé en mangeant un boudin* ». Mme S. poursuit sans s'interrompre que son mari est décédé d'une fausse route, en ajoutant « *enfin lui c'est différent, il avait la maladie de Parkinson* ».

L'angoisse de Mme S. s'inscrit à travers ce lourd vécu et explique sa vigilance.

Education thérapeutique

L'expression de son vécu manifeste le besoin d'être rassurée. En tenant compte que Mme S. a déjà rencontré une orthophoniste, je lui suggère ainsi quelques conseils :

- pour les aliments pâteux comme le pain: les tremper dans un liquide afin de les ramollir
- hacher la viande pour garder un apport en protéines, et l'accompagner d'une sauce, de matières grasses pour faciliter la déglutition
- favoriser une alimentation à texture lisse et de consistance fluide pour faciliter la propulsion du bol
- continuer à faire de petites bouchées et à manger lentement
- éviter de regarder ou d'écouter la télévision qui constitue un élément de distraction lors des repas
- baisser le menton vers le thorax pour faciliter la déglutition
- surveiller son poids

Je lui soumetts également d'évoquer ses problèmes de mastication avec à son dentiste.

Ces informations semblent avoir été entendues par Mme S. mais jusqu'à notre au revoir, j'ai senti son anxiété. Après cet entretien, je me suis rendu compte que Mme S. ne m'avait pas fait part du bilan avec l'orthophoniste et des conseils qui lui ont été donnés. Plusieurs interrogations émergent, Mme S. a-t-elle retenu et compris tout ce que l'orthophoniste a pu lui recommander ? Je n'ai pas demandé à Mme S. si l'orthophoniste lui avait transmis par écrit les informations mais il me semble important de rappeler maintenant qu'il est indispensable de donner à son patient, et notamment quand il s'agit d'une personne âgée, les conseils à l'oral et à l'écrit.

Analyse de l'entretien avec Mme O.

Présentation clinique

J'ai rencontré madame O. âgée de 84 ans sur son lieu de vie, en maison de retraite.

Une orthophoniste travaillant dans cet établissement nous a mis en relation avec l'infirmière cadre qui m'a parlé de cette personne en me précisant qu'elle-même se plaignait de gêne pour avaler. Cette patiente devait d'ailleurs débiter une prise en charge en orthophonie, quelques jours après notre rencontre.

Mme O. étant malentendante, je me suis installée du côté où elle entend le mieux. J'ai parfois dû répéter plusieurs fois les questions en m'assurant qu'elles aient bien été comprises.

Cette personne porte un appareil dentaire qui ne la satisfait pas.

L'entretien s'est déroulé pendant environ 30 minutes.

Mme O. est en fauteuil roulant manuel, ce qui ne lui permet pas d'être autonome dans ses déplacements. De plus, je remarque pendant notre rencontre des difficultés motrices au niveau des membres supérieurs accompagnées de douleurs. Lors du repas partagé avec Mme O., décrit à la suite de ces analyses, j'observe des difficultés dans la gestion des couverts.

L'entretien avec cette personne s'est déroulé assez rapidement, madame O. étant une personne très déterminée, et évoquant ses difficultés avec précision.

Elle me paraît soucieuse de ces dernières et manifeste le désir d'améliorer sa déglutition.

Madame O. est une femme veuve, qui est entourée par ses deux filles. Ces dernières viennent régulièrement lui rendre visite, mais ne partagent jamais de repas ensemble. Mme O. n'a pas souhaité que ses filles répondent à notre questionnaire-famille, en précisant que ses filles ne seraient pas d'accord pour y répondre. Cette réaction pourrait induire une réticence à parler ouvertement de ses difficultés.

A mon sens, sa détermination m'a laissé peu de place pour établir un contact durable pendant notre rencontre. Néanmoins l'entretien s'est déroulé sereinement.

Analyse du DHI

Madame O. a obtenu un score de **53/120** à l'échelle d'auto-évaluation.

- domaine Symptômes : 15/40
- domaine Fonctionnel : 10/40
- domaine Emotionnel : 28/40

Ces résultats mettent en évidence une **plainte modérée** autour de la déglutition, avec un retentissement psychosocial très accentué.

Mme O. relate une gêne et une douleur lors de la déglutition, le blocage de certains aliments, une toux

et un raclement de gorge pendant ou après chacun de ses repas, des étouffements possibles et un reflux gastro-œsophagien.

Analyse de l'entretien

Difficultés rencontrées lors des repas

L'entretien s'inscrit dès le début dans un sentiment d'anxiété, Mme O. commence par dire « *J'ai l'impression que je vais m'étrangler et m'étouffer, je crois que c'est nerveux* ».

Dans le DHI, Mme O. a répondu sentir une gêne au moment où elle déglutit ce que nous pouvons rapprocher avec son état d'anxiété au cours des repas. En effet, l'alimentation mixée de Mme O. ne peut pas être à l'origine de cette gêne et des douleurs à l'œsophage. Mais nous pouvons également nous demander si elles ne sont pas les conséquences d'un reflux gastro-œsophagien ? Mme O. pense que cela doit être nerveux. Alors quand je lui demande ce qui pourrait améliorer sa déglutition, elle me répond « *soigner mes nerfs, mais c'est pareil, si on vous dit de soigner les nerfs, ils vous donnent des comprimés qui vous ratatinent et vous voyez ma voix elle a vraiment changé.* ». Ne connaissant pas Mme O. auparavant je ne peux pas remarquer de changement concernant sa voix, en revanche je m'appuie sur ce qu'elle dit et pense tout de suite à une autre conséquence d'un éventuel reflux gastro-œsophagien.

Répercussions fonctionnelles

Les repas de Mme O. semblent se dérouler normalement, mais le ton employé indique le peu d'importance qui leur est attachée. La faim est ressentie mais pas la satiété, et Mme O. dit avoir encore faim après certains repas. Reçoit-elle un apport nutritionnel suffisant ? Elle trouve que les repas ne sont pas toujours bons et elle précise « *Chez moi, j'avais l'habitude de faire la cuisine* ». A mon sens, cette réponse traduit une perception diététique différente entre les menus qu'elle établissait et ceux proposés par la résidence. D'autant plus que l'alimentation de Mme O. est mixée. L'image renvoyée par son assiette n'est donc pas des plus appétissantes. Cela m'amène à penser que Mme O. ne mange peut-être pas à sa faim, et que le plaisir gustatif n'en est pas moins touché. En outre, quand je lui demande si elle a du plaisir à manger, elle répond avec un geste d'amplitude « *On ne peut pas dire que ça soit le plaisir* ».

Conditions particulières des repas

Mme O. prend ses repas assise dans son fauteuil roulant. Sa position est certainement un peu trop recroquevillée. Les mouvements de ses membres supérieurs étant douloureux, c'est surtout les avant-bras qui bougent. Ces difficultés motrices rendent difficile la gestion des couverts, et sont à l'origine d'une grande fatigue.

Mme O. ne suit pas de régime, mais a un traitement médicamenteux. Elle ajoute qu'elle n'a pas de reflux. C'est lors de la transcription de cet entretien que sa réponse me met la puce à l'oreille. Je rassemble ce que Mme O. m'a dit précédemment à propos de la gêne lors de la déglutition, de ses douleurs œsophagiennes et du changement de sa voix, et je les rapproche de l'hypothèse d'un éventuel RGO qui ne serait pas encore connu.

Vécu du sujet

Mme O. a essayé de parler de ses difficultés à ses filles qui ne semblaient pas avoir accordé d'importance à sa plainte. Elle en a donc parlé à son médecin qui l'a alors orientée vers un ORL. Aucun élément pouvant troubler la déglutition n'a été trouvé lors de l'investigation ORL. Les démarches de Mme O. renforcent la dimension de sa plainte. Mme O. n'a pas de certitude sur la date de ces rencontres mais c'était il y a environ une dizaine d'années. Un RGO serait-il survenu après ?

Le contexte de la maison de retraite rend difficile l'évaluation du retentissement sur la vie personnelle et sociale de Mme O. Néanmoins, au regard de ses réponses au DHI, nous pouvons estimer que le temps du repas est devenu un moment incommode, la mettant mal à l'aise. Elle confie à ce sujet que si elle pouvait, elle prendrait ses repas seule dans sa chambre. Ce repli, presque désiré, est majoré par une perte de plaisir, aucun aliment ne lui faisant plus plaisir qu'un autre. Si nous faisons le pont avec notre théorie, nous nous rendons compte que Mme O. aurait une perception négative du groupe, auquel s'ajoute un refus de s'impliquer dans une interrelation durable. Je l'ai d'ailleurs perçu lors de notre deuxième rencontre, en m'intéressant à ses activités, Mme O. me confiait ne pas vouloir participer aux activités proposées par la résidence.

Education thérapeutique

Le contexte de l'institution a rendu difficile ce temps de notre rencontre. Je n'ai pas tout de suite trouvé les mots justes pour lui apporter quelques conseils. Je dois dire que je me suis même sentie désemparée. Au niveau de sa posture, étant en fauteuil roulant, il me semblait difficile de lui demander de se redresser. De plus, à ce moment même, n'ayant pas encore observé Mme O. en situation écologique, je ne pouvais que lui rappeler certains gestes tels que amener la cuiller vers le bas, penser à baisser son menton. Lors du repas, j'ai pu remarquer qu'elle le faisait naturellement. Son alimentation étant mixée, il m'était impossible de lui conseiller de favoriser certains aliments.

Si l'occasion s'était présentée, je me serais inquiétée auprès de l'équipe soignante de la surveillance des apports nutritionnels de Mme O., et aurait soulevé la présence d'un éventuel RGO.

Analyse de l'entretien avec Mme R.

Présentation clinique

Mme R. est âgée de 84 ans et vit avec son époux, dans une maison. La rencontre a eu lieu à leur domicile. Son époux remplissait le questionnaire famille avec l'aide de sa petite fille, pendant que nous nous entretenions avec Mme R., pendant une demi-heure environ. Je lui ai lu les questions.

Mme R. m'a très bien reçue, en m'offrant un thé. Elle m'accueille avec beaucoup d'enthousiasme en me disant qu'elle ne voit pas bien en quoi elle pouvait m'aider, n'ayant, selon elle, que peu de difficultés. C'est un début de rencontre très intéressant, qui me donne envie d'en savoir plus.

Dès le départ, ses propos sont très catégoriques, et notamment lorsqu'elle me parle du monde médical pour lequel elle exprime quelques réticences. Mme R. évoque le fait qu'elle consulte peu de médecins mais elle semble être très en demande de conseils. Ne connaissant pas l'histoire de cette personne, je reste prudente et n'ose pas poser de questions trop intrusives. Elle est dans une joie de vivre très profonde qui a rythmé l'entretien tout du long. Ce fut un moment très agréable.

Des quintes de toux occasionnelles durant la nuit semblent être sa préoccupation première.

Analyse du DHI

Mme R. a un score de **12/120**, signant une **plainte légère** autour de la déglutition.

- Domaine Symptômes : 10/40
- Domaine Fonctionnel : 2/40
- Domaine Emotionnel : 0/40

Mme R. a une plainte plus accentuée au niveau des symptômes. Il n'y a aucune plainte émotionnelle, ses réponses au DHI laissent penser que ses difficultés n'ont aucun retentissement sur sa vie personnelle et sociale.

Dans le domaine de la symptomatologie, Mme R. a parfois une gêne lors de la déglutition décrite comme la présence d'un pépin, qui peut être mise en lien avec le blocage de certains aliments et des étouffements. Ces différents symptômes peuvent être associés aux difficultés à mâcher, relevées aussi dans cette échelle. Mme R. spécifie également un reflux gastro-œsophagien.

La seule plainte dans le domaine fonctionnel s'accorde avec les réponses précédentes, c'est-à-dire des difficultés à mâcher rendant Mme R. incapable de manger certains aliments.

Analyse de l'entretien

Difficultés rencontrées lors des repas

Le questionnaire permet de préciser que les symptômes de Mme R. sont irréguliers. Ils ne se

manifestent pas pendant tous les repas, elle précise notamment que le reflux est plus présent en période hivernale. Cela peut s'expliquer par des changements de menus et donc de type d'aliments.

La gêne perçue lors des repas décrite comme des « *chatouillis* » ou « *un petit pois* » ainsi que les aliments restant collés aux parois peuvent s'expliquer par des difficultés à mâcher. En effet, Mme R. peine à mastiquer la viande. En revanche, cette texture solide n'est pas considérée comme « embêtante ».

Répercussions fonctionnelles

Mme R. dit bien manger malgré l'exclusion de quelques aliments tels que la viande et les « *petits chocolats* ». Elle commence ses repas en ayant faim et les termine avec le sentiment de satiété.

Elle mange des plats en petites quantités, sans remarquer de changement lors de son vieillissement « *Je mange peu parce que j'ai toujours été comme ça. Je suis gourmande et gourmet mais je ne vais jamais trop loin* ». Comme décrit dans la littérature lors du vieillissement, elle souligne la diminution de ses capacités olfactives et gustatives depuis quelques années, mais cela ne semble pas avoir entravé le plaisir procuré par les repas ni modifié ses habitudes culinaires.

Conditions particulières des repas

Mme R. partage les repas qu'elle a préparés avec son mari. Ils sont assis à une table avec la télévision allumée mais ne la regardent pas. J'observe que la télévision est sur le côté, ce qui laisse penser que si elle est amenée à la regarder, son visage n'est plus en face de son assiette pour manger. Lors de la passation du DHI, Mme R. indique « *quand je parle à table, je peux m'étouffer* ». Il semblerait qu'elle ait besoin de rester attentive lors du geste de déglutition. Elle suit un traitement médicamenteux pour le cholestérol depuis 14 ans. Elle a un traitement anti-reflux qu'elle prend surtout en hiver, période de l'année où elle remarque un reflux.

Vécu du sujet

Mme R. a encore un véritable plaisir à manger. Ce plaisir est perceptible à travers ses remarques et son entrain durant toute notre rencontre « *quand on est contente de vivre, on n'a pas d'ennui !* ». Je ne pensais pas qu'elle resterait dans cette dynamique pendant tout l'entretien. J'ai été agréablement surprise par son attitude, ce qui m'a permis de lui poser toutes les questions sereinement. Peu de personnes rencontrées ont répondu à la question sur les expressions, les proverbes concernant l'alimentation, j'ai donc particulièrement apprécié ses mots « *Quand l'appétit va, tout va !* », qui n'est pas sans nous rappeler la bonhomie d'Obélix.

Vécu du proche

Son mari et sa petite-fille ont accepté de répondre au questionnaire.

Aucune difficulté lors des repas n'a été remarquée par son mari, ni même évoquée entre eux. Il indique qu'après les repas, son épouse peut avoir des douleurs à l'estomac qu'elle n'a pas mentionnées durant l'entretien. Son mari les interprète par la rapidité à manger de son épouse.

Le questionnaire lui a permis d'exprimer la peur que son épouse avale de travers, ainsi que les perturbations intrafamiliales. Celles-ci résultent de la différence de temps que chacun prend pour manger son assiette.

Sa petite-fille, avec qui Mme R. partage un repas une fois par trimestre, a pu souligner que c'est un sujet qui commence à mobiliser la famille. Ce n'est pas un sujet tabou, et sa petite-fille ajoute au nom de toute la famille « *On reste vigilants, on fait hyper gaffe, on essaie en tout cas.* ».

Je relève dans le questionnaire une contradiction, la petite-fille de Mme R. précise avoir remarqué des difficultés pour manger certains aliments, « *la viande, elle doit être coupée en petits morceaux et pas trop dure. Elle ne mange pas de cacahuètes, par exemple dans les Ferrero Rocher®, elle mange le contour et jette la cacahuète* ». Toutefois à la question « Vous êtes-vous adapté à ses difficultés ? », sa petite-fille répond négativement car elle considère que sa grand-mère n'en a pas. La question mériterait d'être reformulée pour spécifier qu'il s'agit des difficultés à avaler.

Education thérapeutique

L'époux de Mme R. et sa petite-fille n'ont malheureusement pas pu participer à cette troisième partie de la rencontre.

J'ai abordé notre discussion en revenant sur les premières difficultés évoquées par Mme R., soit des quintes de toux nocturnes. Il est d'ailleurs fort intéressant de remarquer qu'au cours de l'entretien le motif de la plainte à évoluer. Si nous retraçons celle-ci, Mme R. a commencé par me dire qu'elle n'était pas un cas intéressant, ensuite elle a exposé ses quintes de toux nocturnes pour terminer sur la sensation de gêne au moment d'avaler et ses difficultés à mâcher la viande.

J'ai donc préconisé à Mme R. de parler de sa toux à son médecin. Le problème étant que son sommeil est morcelé et certainement de mauvaise qualité.

Autour du repas, j'ai donné les conseils suivant à Mme R. :

- hacher la viande pour avoir un apport en protéines suffisant
- lubrifier les aliments qui ont du mal à passer avec de la sauce, des matières grasses comme de la crème fraîche, de la mayonnaise, du ketchup.
- prendre le temps de bien mâcher et éviter de parler la bouche pleine
- baisser le menton pour faciliter la déglutition (en lui montrant la bonne posture)
- éteindre la télévision pour ne pas se laisser distraire

-éviter la position allongée après les repas, posture qui favoriserait le reflux

Mme R. a acquiescé à chacun de mes conseils et m'a remerciée en me disant qu'elle essaierait de hacher la viande. Sa petite-fille me confiait que sa grand-mère «*ne se permettait pas de se plaindre* », et j'ai eu l'impression que cette rencontre a permis à Mme R. de s'exprimer librement.

Analyse de l'entretien avec Mme D.

Présentation clinique

Mme D. est une femme âgée de 90 ans. Elle m'a reçue dans sa chambre alors qu'elle regardait la télévision. L'infirmière qui m'accompagnait nous a présentées avant de nous laisser discuter seule à seule. Mme D. n'était d'abord pas trop d'accord pour répondre à mes questions. Elle ne comprenait pas le lien entre l'orthophonie et la déglutition. Je lui ai donc expliqué que les orthophonistes prenaient en charge, entre autres, les troubles de la déglutition et je l'ai informée sur l'objet de notre étude. Mme D. a alors accepté de participer tout en me précisant qu'il ne fallait pas que ce soit trop long car elle se fatiguait vite. L'entretien a duré environ 20 minutes.

Mme D. était un peu sur la défensive au début de l'entretien, ne voulant pas trop parler de peur de se fatiguer. Elle est pourtant devenue de plus en plus bavarde, étayant seule ses réponses sans même que je ne le lui demande. Elle avait finalement de nombreuses choses à dire et s'est notamment beaucoup plainte du fonctionnement de la maison de retraite. A mon départ, elle m'a remerciée et m'a adressé un grand sourire.

Analyse du DHI

Mme D. ayant d'importants problèmes de vue, je lui lis les phrases du DHI et remplis le questionnaire en fonction de ses réponses. Elle obtient un score total de **67/120** ce qui indique une **plainte sévère** au niveau de la déglutition.

- Domaine Symptômes : 21/40
- Domaine Fonctionnel : 24/40
- Domaine Emotionnel : 22/40

Les scores sont relativement homogènes. Nous pouvons conclure que d'après le DHI, Mme D. possède les symptômes d'un trouble assez sévère de la déglutition. Elle est toujours gênée quand elle avale, les aliments restent bloqués ou collés dans sa gorge, elle a du mal à mâcher et tousse ou racle sa gorge pendant ou après les repas. De plus, Mme D. a parfois des difficultés à déglutir les liquides et elle présente des remontées de liquides ou d'aliments après les repas.

Ces symptômes ont d'importantes répercussions sur le plan fonctionnel. Mme D. a toujours besoin de modifier la consistance des aliments pour pouvoir les avaler et ses difficultés la rendent

incapable de manger certaines choses. La durée des repas est toujours allongée et Mme D. mange moins du fait de ses problèmes de déglutition. Ses difficultés pour avaler la fatiguent, elle perd du poids et a parfois peur de manger.

Nous pouvons également noter des répercussions sur le plan émotionnel. Mme D. est toujours ennuyée par la manière dont elle mange au moment des repas et contrariée par ses difficultés pour avaler. Elle est tendue quand elle mange avec d'autres à cause de sa déglutition et manger est un moment désagréable pour elle. Enfin, Mme D. se sent handicapée à cause de ses difficultés pour avaler.

Analyse de l'entretien

Difficultés rencontrées lors des repas

Le symptôme qui semble le plus prégnant chez Mme D. est sa difficulté à mâcher parce qu'elle n'a presque plus de dents et ne porte pas encore de prothèse dentaire (« *Je suis en attente d'un rendez-vous chez le dentiste pour mettre une prothèse dentaire mais c'est très long* »).

Par conséquent, Mme D. ne mange presque plus de solides, que des liquides et des mixés, et elle trouve que « *ça va* ».

C'est donc la texture qui gêne le plus Mme D. Elle ne peut manger que du mixé mais elle « *déteste le mouliné* », cela lui « *coupe l'appétit* ».

Répercussions fonctionnelles

Actuellement, les repas de Mme D. ne se passent pas bien selon elle alors qu'avant ça allait même si elle ne sait pas si c'était également le cas lorsqu'elle était enfant.

Mme D. dit ne pas ressentir la faim. L'annonce du passage à table lui « *coupe l'appétit* », nous pouvons donc penser qu'elle ressent en fait la faim d'un point de vue physiologique mais que l'angoisse de manger et le peu de plaisir que cela génère en elle fait disparaître son appétit.

Elle dit ne pas avoir d'astuces pour faciliter sa déglutition. En effet, Mme D. mange mixé mais cela a été décidé par le personnel de la maison de retraite. Elle ne sait pas, quant à elle, ce qui pourrait améliorer sa déglutition.

Conditions particulières des repas

Mme D. mange dans la salle à manger de la maison de retraite, assise à table avec trois autres résidents. L'ambiance est calme, « *trop calme* » selon elle car personne ne parle et elle trouve cela triste.

Elle a un régime mixé recommandé par un médecin. Mme D. n'a pas de traitement spécifique, seulement des antidouleurs et parfois du Gaviscon en cas de reflux.

Vécu du sujet

Mme D. n'a parlé de ses problèmes de déglutition à personne et me répond d'ailleurs qu'elle m'en parle à contre cœur. Je ne l'ai pourtant pas forcée et je sens que cela lui fait du bien d'en parler malgré tout.

Elle me dit ne prendre aucun plaisir à manger et me précise « *pas ici* » ce qui voudrait dire qu'elle aimait manger lorsqu'elle était ailleurs. Ainsi, elle peut me dire que ses aliments préférés sont le bifteck et le foie de veau. Elle est consciente de ne plus pouvoir manger cela. A la maison de retraite, « manger est un moment désagréable pour elle » car elle ne mange que du mixé.

Mme D. est ennuyée par la manière dont elle mange au moment des repas mais, étant en maison de retraite, elle ne peut éviter de manger avec les autres. Elle trouve que ces derniers ne comprennent pas toujours ses problèmes de déglutition mais n'en a pas honte.

Son repas idéal serait un repas où elle puisse manger ce qu'elle aime sans problème.

Education thérapeutique

Nous avons beaucoup discuté à propos de l'alimentation mixée de Mme D. car elle ne l'apprécie pas du tout. Je lui ai expliqué que tant qu'elle n'avait pas de prothèse dentaire il était difficile de lui proposer autre chose étant donné qu'elle ne peut plus mâcher. C'est donc pour sa sécurité et son confort qu'une alimentation mixée lui a été prescrite. Mme D. a compris cela mais les plats proposés ne lui plaisent pas et lui coupent l'appétit. Je ressens comme une indignation chez cette femme qui semble vouloir dire qu'elle ne se plaît pas dans la maison de retraite. Son mécontentement face à la nourriture proposée pourrait être en fait la manifestation de son mécontentement d'être ici. De plus, le refus semble être souvent présent chez Mme D. qui a d'abord refusé que je m'entretienne avec elle. Cependant, lorsqu'elle a compris l'objectif de ma visite, elle s'est tout de suite montrée plus disponible et semble avoir trouvé agréable que l'on s'intéresse à elle. Mme D. est une femme qui a besoin d'être écoutée.

Mme D. résidant en maison de retraite, je n'ai pas pu lui apporter de conseils concernant les repas puisqu'elle ne les prépare pas et ne choisit pas ses menus. Il serait intéressant de rencontrer le personnel de la maison afin de lui suggérer d'essayer de redonner à Mme D. le plaisir de manger malgré une alimentation mixée, en soignant la présentation des plats par exemple.

Analyse de l'entretien avec Mme W.

Présentation clinique

J'ai rencontré Mme W. par le biais de son petit-fils. Par peur de ne pas toujours bien entendre au téléphone, un rendez-vous à son domicile a été fixé par l'intermédiaire de son petit-fils.

Notre rencontre a duré 2h30 dont 1h d'entretien, nous avons beaucoup échangé ensemble, le contact s'est très vite établi. Mme W. est une femme charmante qui apprécie la discussion. Mme W. a l'habitude de répondre à des études pour des jeunes, elle a accepté l'enregistrement audio de l'entretien et était très à l'aise. Elle me dit être ravie de pouvoir aider les jeunes.

Madame W. est âgée de 92 ans, elle vit seule dans un appartement depuis son veuvage. Elle héberge une jeune fille avec qui elle partage un repas une fois par semaine. Elle se déplace seule et vie de façon autonome au quotidien bien qu'elle soit malvoyante. Mme W. va faire ses courses à pied au marché, elle prend également le métro pour rendre visite à des amis en maison de retraite.

Mme W. révèle au cours de l'entretien que c'est une femme très angoissée, depuis son plus jeune âge. Je n'ai pas perçu cette angoisse lors de notre entrevue. Elle dit avoir conscience des difficultés qu'elle risque de rencontrer avec son grand âge, toutefois elle évoque son avenir avec sérénité et ajoute avec une pointe humoristique « *à mon âge on devrait parler de cinquième âge* ». Mme W. aime partager des expériences de vie. Elle parle beaucoup avec ses petits-enfants, et précise que cela lui permet de « *rester éveillée aux modes de vie contemporains* ». Elle me renvoie l'image d'une femme très ouverte sur le monde, qui cherche beaucoup à s'intéresser aux autres, aux événements extérieurs. Il m'a semblé très important pour elle de ne pas se sentir exclue de la société, de tout ce qui l'entoure et notamment de ses enfants et petits-enfants.

Mme W. est une femme qui cherche à rester dynamique, elle apprécie les dîners entre amis. Elle dit souffrir de plus en plus de la solitude bien que sa famille l'entoure.

Je me suis sentie très à l'aise avec cette personne, ce qui m'a permis d'approfondir certaines de ses réponses en lui posant d'autres questions.

Analyse du DHI

Les résultats de Mme W. sont de **45/120**.

- Domaine Symptômes : 15/40
- Domaine Fonctionnel : 17/40
- Domaine Emotionnel : 13/40

Le DHI permet de mettre en évidence une **plainte modérée**, qui se répartit dans les trois domaines.

Au niveau des symptômes, Mme W. ressent une gêne au moment d'avaler. Il lui arrive parfois de devoir racler sa gorge pour décoller un aliment resté collé, mais elle ne semble pas manquer de salive. Cela n'induit pas un problème d'insalivation. Il est difficile de mâcher pour Mme W. et des fausses routes peuvent survenir au cours des repas. Nous pouvons penser à un éventuel défaut de propulsion orale ou pharyngée.

Au niveau fonctionnel, la déglutition de Mme W. retentit à la fois sur l'alimentation

(modification et adaptation des repas), l'état pulmonaire (gêne respiratoire) et l'état nutritionnel (légère perte de poids).

Dans le domaine « émotionnel », les réponses de Mme W. soulignent un sentiment de gêne vis-à-vis des autres, ce qui la contrarie beaucoup. Elle considère que parfois ses difficultés sont un handicap. De plus, Mme W. fait part de la grande difficulté à être comprise par les autres.

Analyse de l'entretien

Difficultés rencontrées lors des repas

La plainte la plus forte dans le DHI est la difficulté à mâcher. Cette plainte se retrouve dès la première question du questionnaire « *Alors première chose, je pense que je mange trop vite, je ne mâche pas assez bien ça c'est certain donc je m'étrangle et ça me gêne. C'est tout ce que je vois.* ». Mme W. considère que ses problèmes de mastication se sont amplifiés depuis le port d'appareils dentaires. Elle évoque ses difficultés en les mettant en lien avec la rapidité, excessive selon elle, au moment des repas. En lui demandant ce qui pourrait améliorer sa déglutition, elle répond sans hésitation « *manger plus lentement, je crois que c'est très important parce que quand on mange plus lentement, on mâche plus.* ».

Selon Mme W., la combinaison de ces deux facteurs entraîne une gêne au moment d'avaler, et des « *impressions d'étranglement* ». La consommation de liquides ne pose aucun problème, on peut penser que la protection du larynx est donc efficace cependant il faut tenir compte de ses réponses au DHI qui exprimaient une gêne respiratoire et des fausses routes.

Répercussions fonctionnelles

Mme W. dit très peu ressentir la faim et la satiété. La modification des menus et la fatigabilité entraînées par des difficultés à mâcher les solides sont des contraintes dans l'organisation de ses repas. De ce fait, Mme W. mange sur le pouce, très souvent en grignotant. Ses menus sont désordonnés: des rillettes accompagnées de pain peuvent constituer un seul repas. Mme W. ajoute que « *lorsqu'on a vécu la guerre, on s'habitue à manger n'importe quoi* ». En somme, ce que dit Mme W. me préoccupe, je me demande si ses menus sont bien équilibrés et si l'apport nutritionnel journalier est suffisant. Par ailleurs, lorsque je lui demande ce que serait un repas idéal, elle me répond « *pas gras et équilibré (...) un repas classique si vous voulez* », ce qu'elle n'a peut-être plus l'occasion de manger seule.

Mme W. pense que ses difficultés s'expliquent par une angoisse permanente, il lui arrive de prendre de l'Euphytose pour détendre son estomac, notamment quand elle a des dîners « officiels » où la peur de s'étouffer est plus importante, et où le regard des autres est certainement plus présent.

Conditions particulières des repas

Mme W. ne suit pas de régime. Elle a un traitement médicamenteux pour une phlébite, et un reflux gastro-œsophagien.

Quand elle est seule, Mme W. prend très souvent ses repas debout dans la cuisine, ce qui me surprend pour son âge mais me permet de mieux comprendre pourquoi elle qualifie ses repas d' « *expéditifs* ». Néanmoins, cela fait écho avec ce que nous avons développé dans notre théorie, c'est-à-dire qu'en situation de solitude, la prise alimentaire est souvent simpliste, de petite quantité et devant la télévision. Mme W. dit à ce propos que sa télévision est allumée dans une pièce voisine, qu'elle l'écoute simplement quand c'est intéressant. En m'appuyant là encore sur notre théorie, je me demande si Mme W. ne prend pas le temps de manger convenablement en raison du manque de convivialité, de partage. Dans le cas de cette personne, l'aliment semble dénué de toutes formes de sociabilité et l'acte alimentaire n'aurait plus qu'une dimension biologique.

Vécu du sujet

Mme W. a parlé de ses difficultés à son médecin traitant, mais dit que « *ça ne l'a pas arrêté* ».

Comme j'ai pu le constater précédemment, Mme W. ne porte pas un grand intérêt au repas, d'ailleurs elle n'a pas toujours de plaisir à manger. Lors de son enfance, Mme W. a le souvenir que sa mère veillait à ce que les repas soient variés et équilibrés. Elle n'était pas difficile mais déjà enfant, Mme W. attachait peu d'importance aux repas.

Le questionnaire-entretien n'a pas permis de mettre en évidence la contrariété exprimée dans le DHI à propos de ses difficultés et de sa manière de manger. Je n'ai pas pris le parti de lui poser la question, par peur d'être trop intrusive et c'est plus tard, au décours d'une conversation que Mme W. m'explique qu'il lui arrive de renverser le contenu de sa fourchette du fait de sa malvoyance, ce qui l'ennuie lors de repas entre amis. De plus, elle estime que ses difficultés ne sont pas comprises par ses amis ce qui m'amène à penser que cela ne lui permet pas de partager des repas dans un climat serein. Le lien social est mis à mal par ses difficultés lors des repas. En revanche, Mme W. dit apprécier les repas avec sa famille pendant lesquels elle se sent plus à l'aise.

Tout au long de l'entretien, j'ai eu du mal à appréhender sa plainte. Cette dernière est empreinte de conséquences psychosociales fortes qui m'ont semblées prédominer sur les symptômes.

Vécu du proche

Le petit-fils de Mme W. a accepté de répondre à notre questionnaire. Il partage un repas par semaine avec sa grand-mère, à son domicile, autour d'une table. Depuis plus de cinq ans, il observe des difficultés à manger qu'ils ont déjà évoquées ensemble. Il précise que ce n'est pas un sujet tabou au sein de la famille et que les difficultés n'ont pas entravé les relations intrafamiliales. Néanmoins,

ses problèmes agacent son petit-fils, une irritation accentuée par la peur d'une fausse route.

Les menus sont toujours les mêmes mais son petit-fils peut être amené à aider sa grand-mère, et à s'adapter au mieux à ses difficultés. Il ajoute qu'en mangeant plus lentement, ses difficultés seraient moindres, comme elle-même l'évoque.

D'une façon très touchante, son petit-fils dit que les difficultés de sa grand-mère ne sont pas un problème et enchérit « *je l'aime comme ça !* ».

Education thérapeutique

A la fin du questionnaire-entretien, Mme W. n'a pas oublié le temps d'échange que je lui avais proposé au tout début. D'elle-même, Mme W. en a fait la demande en me disant « *Alors maintenant, qu'allez-vous pouvoir me dire ?* ». Je commence notre échange en étayant beaucoup ce qu'elle m'a dit. Par exemple, je reprends le fait qu'il est indispensable de mâcher plus lentement et de prendre son temps, je lui explique pourquoi elle a raison de penser cela et l'importance de le faire. Je lui conseille alors :

- de prendre son temps, et même si elle ne veut pas cuisiner et préfère manger sur le pouce, de le faire assise tranquillement à une table
- d'éteindre la télévision qui peut être une source de distraction
- d'apporter de petites quantités en bouche, par le bas (je lui montre en même temps)
- de baisser le menton pour faciliter le passage du bol alimentaire et limiter les fausses routes (je lui montre également)
- de bien mâcher pour faciliter la propulsion du bol alimentaire et éviter les douleurs œsophagiennes
- de favoriser une alimentation « lisse » en accompagnant par exemple la viande de sauce, de mayonnaise, de ketchup
- d'éviter les aliments collants, pâteux qui risquent plus de rester collés ou alors de les tremper dans un liquide comme par exemple tremper sa brioche dans son café.

En évoquant l'hiver rigoureux que nous avons eu, j'ai ensuite pu lui rappeler qu'il est important d'équilibrer ses menus tant que possible et de veiller sur son poids. Mme W. ajoute que lorsqu'elle est malade, elle n'arrive pas à manger et que c'est à ce moment-là que son poids chute, je lui ai proposé d'en parler à son médecin.

Mme W. s'est montrée très réceptive à tous ces conseils. Elle me dit ne jamais y avoir pensé et que ce sont de très bonnes idées qu'elle va essayer de mettre en œuvre.

Analyse de l'entretien avec Mme K.

Présentation clinique

Mme K. est une femme âgée de 93 ans. Elle est alitée et ne sort jamais de son lit médicalisé qui est situé dans sa chambre car elle est trop faible et a beaucoup de douleurs du fait de son âge avancé. Sa fille s'occupe d'elle et le personnel soignant vient tous les jours pour lui faire sa toilette.

L'entretien s'est déroulé au chevet de Mme K. et a duré 30 minutes car elle est extrêmement fatigable.

Mme K. semble être une femme de fort caractère. Elle m'a paru déterminée et assez ferme avec sa fille. Elle ne fait pas grand-chose de ses journées et semble attendre avec impatience que la mort l'emporte... «*Je ne fais plus rien, parfois j'ai juste envie de sauter par la fenêtre*».

Analyse du DHI

Je remplis le DHI à la place de Mme K. qui me donne ses réponses. Elle obtient un score total de **51/120** ce qui indique une **plainte modérée** au niveau de la déglutition.

- Domaine Symptômes : 9/40
- Domaine Fonctionnel : 23/40
- Domaine Emotionnel : 19/40

Nous pouvons conclure que d'après le DHI, Mme K. possède quelques symptômes d'un trouble de déglutition. Elle sent parfois une gêne quand elle avale et les aliments restent parfois collés ou bloqués dans sa gorge. De plus, elle a toujours du mal à mâcher.

Ces symptômes ont de nombreuses répercussions sur le plan fonctionnel. En effet, Mme K. mange moins à cause de ses problèmes de déglutition et a parfois faim ou soif après le repas. La durée de ses repas est toujours allongée et elle est presque toujours fatiguée à cause de ses difficultés pour avaler. Elle est incapable de manger certains aliments et doit systématiquement modifier leur consistance pour pouvoir les avaler.

D'un point de vue émotionnel, les problèmes de déglutition de Mme K. limitent sa vie personnelle et sociale car elle évite de manger avec les autres à cause de ses difficultés. En effet, elle trouve que les autres ne comprennent pas ses problèmes de déglutition et qu'ils semblent presque toujours irrités par ces derniers. Mme K. se sent parfois handicapée du fait de ces difficultés et manger devient alors un moment désagréable.

Analyse de l'entretien

Difficultés rencontrées lors des repas

Mme K. m'explique qu'il lui est arrivé de faire des fausses routes, que «*ça coinçait*». Elle

assimile le blocage à une fausse route, or ce n'est pas la même chose. Ce blocage survient moins souvent qu'avant car elle ne mange pratiquement plus que du mixé.

L'absence de dents en haut et sur les côtés empêche Mme K. de mâcher correctement. Elle ne possède plus que cinq dents en bas sur le devant et ne souhaite pas porter de prothèse dentaire. Elle se contraint donc à ne manger que des aliments mixés.

Mme K. dit ne rencontrer, en revanche, aucun problème avec les liquides et les mixés.

Répercussions fonctionnelles

Selon Mme K., ses repas se passaient bien auparavant, elle « *mangeait normalement* ».

Depuis qu'elle rencontre des difficultés, les repas ne se passent « *ni bien ni mal* » selon elle. Mme K. évoque le repas comme un besoin, une obligation, et non un plaisir : « *Je mange parce qu'il faut manger* ». Nous pouvons donc supposer qu'elle mange peu.

A l'entretien, Mme K. dit ne ressentir ni la faim ni la satiété. Elle mange un peu même lorsqu'elle n'a pas faim et cela arrive souvent.

La texture de la nourriture pose problème à Mme K. Son astuce pour faciliter sa déglutition est de manger mixé. En réalité, c'est surtout pour éviter la mastication qu'elle fait cela. Elle dit que ses difficultés pour avaler la rendent incapable de manger certains aliments mais cela est particulièrement dû au fait qu'elle ne peut pas mâcher compte tenu du peu de dents qu'il lui reste.

Conditions particulières des repas

Mme K. n'a pas de régime particulier ni de traitement médicamenteux.

Sa fille lui prépare ses repas qu'elle mange dans son lit, en position semi-assise. Elle trouve que « *tout est mauvais* » car elle n'a plus de goût.

Vécu du sujet

Mme K. dit n'avoir parlé de ses problèmes à personne. Sa fille est pourtant au courant puisque c'est elle qui lui prépare ses repas mixés.

Mme K. ne semble pas prendre beaucoup de plaisir à manger, elle répond qu'elle « *s'en fiche* » et que manger est parfois même un moment désagréable pour elle.

Elle ne mange jamais en présence de quelqu'un d'autre que sa fille. Le regard d'autrui semble la déranger puisqu'elle évite toujours de manger avec les autres à cause de ses difficultés pour avaler. Sa vie personnelle et sociale en est donc limitée. Elle trouve que sa fille semble irritée par son problème de déglutition et qu'elle ne comprend pas toujours ses difficultés.

Vécu du proche

La fille de Mme K. prépare tous les jours les repas de sa mère mais ne mange jamais avec elle. Elle l'aide simplement à manger et prend ensuite un repas différent, seule.

Les repas de Mme K. durent entre 45min et 1h, ce qui est très long.

La fille de Mme K. répond dans le questionnaire qu'elle a remarqué des difficultés à manger chez sa mère depuis plus d'un an mais qu'elle ne lui en a jamais parlé. Elle dit pourtant que cela n'est pas un sujet tabou.

Elle dit ne pas être agacée par les problèmes de sa mère ni en avoir honte mais elle a peur qu'elle avale de travers. C'est pourquoi elle s'est adaptée aux difficultés de sa mère en faisant attention au goût, à la texture et à la quantité.

Education thérapeutique

Je commence par expliquer à Mme K. la différence entre le blocage et la fausse route car elle semble assimiler les deux. Ce qu'elle appelle « *avaler de travers* » renvoie à l'idée d'une fausse route, d'un passage des aliments dans le larynx. Le blocage, lui, renvoie plutôt à la sensation que les aliments restent collés dans la gorge (« *ça coince* »). Le blocage peut entraîner une fausse route mais ce n'est pas toujours le cas. Chez Mme K., il est peut-être dû à une diminution de la sécrétion de salive qui assèche les muqueuses et rend les aliments solides difficiles à avaler. Puisque Mme K. n'a aucune difficulté à déglutir les liquides, je lui conseille de s'aider en buvant un peu d'eau quand elle mange des solides pour permettre aux aliments de mieux glisser dans la gorge.

Mme K. ne quittant jamais son lit, même pour manger, je lui montre la posture à adopter lors des repas. Je lui explique qu'elle doit relever la tête de lit et se tenir en position assise bien droite afin d'être dans de bonnes conditions pour avaler correctement.

Je m'adresse ensuite plus particulièrement à sa fille qui lui prépare ses repas afin de réfléchir ensemble sur les améliorations qui pourraient être apportées pour tenter de redonner le plaisir de manger à Mme K. Je l'encourage à prendre en compte les préférences alimentaires de sa mère, à ne pas hésiter à lui servir ses aliments préférés et à soigner la présentation des plats afin de lui donner envie. Je lui conseille de lubrifier à l'aide de sauces les plats très secs afin d'éviter les blocages et également d'assaisonner le plus possible pour essayer d'éveiller le goût de Mme K. Le goût pouvant être altéré par une mauvaise hygiène bucco-dentaire, je lui rappelle l'importance des soins de bouche.

Ces échanges ont été très bien reçus, surtout par la fille de Mme K. qui était très demandeuse d'explications et de conseils.

Analyse de l'entretien avec M. T.

Présentation clinique

La rencontre avec monsieur T. s'est déroulée sur son lieu de vie, en maison de retraite. Une orthophoniste travaillant dans cet établissement m'a mise en relation avec l'infirmière cadre. C'est après la rencontre avec ce monsieur que l'infirmière cadre m'a parlé des difficultés à avaler de cette personne. Quelques semaines auparavant, M. T. a eu une fausse route assez importante qui a mis le personnel en alerte sur ses difficultés. Depuis, l'équipe soignante a pris la décision de proposer une alimentation mixée à M.T.

M. T. est âgé de 94 ans. Lors de l'entretien, M. T. était assis en face de moi, dans son fauteuil roulant. La maison de retraite ne l'ayant pas averti de notre rencontre, j'ai eu l'impression que M. T. était étonné. Après m'être présentée, je lui ai expliqué notre étude à laquelle il a accepté de participer. Ses réponses concises me donnent l'impression de l'ennuyer ce qui ne me met pas à l'aise.

Dès les premiers items du DHI, il affirme ne pas avoir de difficultés, ce qui a complexifié l'entretien. M. T. semble ne pas percevoir ou accepter les difficultés qu'il rencontre. A la fin de l'entretien, M. T. m'explique que depuis très peu de temps, des repas mixés lui sont servis suite à une fausse route qui a alerté le personnel soignant.

Il est très isolé, seul son petit-fils lui rend visite. Au cours du repas partagé avec lui, décrit à la suite de nos analyses, je n'ai pas remarqué de difficulté motrice pour gérer l'aliment.

M.T. fait référence plusieurs fois à son âge, sur lequel il impute beaucoup de choses. M.T. m'a semblé être dans un esprit de fatalité, c'est-à-dire qu'il n'ose ni s'imposer ni exprimer ses sentiments comme par exemple la contrariété. J'ai eu la même impression lors du déjeuner partagé avec lui, M. T. ne se plaint de rien, il accepte tout ce qu'on lui impose. Par exemple, en discutant je m'aperçois que M. T. ne comprend pas qu'on lui serve des repas mixés mais ne s'en est jamais inquiété auprès du personnel soignant.

Analyse du DHI

M. T. a souhaité que je lise les questions. Les résultats sont de **12/120** ce qui traduit une **plainte légère** autour de sa déglutition.

- Domaine Symptômes : 6/40
- Domaine Fonctionnel : 3/40
- Domaine Emotionnel : 3/40

L'échelle d'auto-évaluation révèle une plainte plus marquée dans le domaine de la symptomatologie que dans les domaines fonctionnel et émotionnel.

Au niveau de la symptomatologie, les éléments qui ressortent sont très peu souvent remarqués

par M. T. Il s'agit d'une gêne lors de la déglutition qui peut s'expliquer par des blocages, de fausses routes lors des repas, et de bavage qui induit une faible fermeture labiale.

Dans le domaine des fonctions, M. T. dit modifier parfois la consistance des aliments. Je ne perçois pas bien ce qu'entend M. T. par cette réponse sachant qu'il ne prépare pas ses repas. Fait-il référence à son changement d'alimentation instauré par le personnel soignant ? Après les repas, la faim est ressentie, cela est probablement dû au fait qu'il ne puisse pas choisir la quantité de ses plats.

Concernant le domaine des émotions, seul le sentiment d'incompréhension de ses difficultés par d'autres personnes est presque toujours observé.

Analyse de l'entretien

Difficultés rencontrées lors des repas

M. T. a conscience de ses difficultés puisqu'il peut les identifier à partir du DHI. Toutefois, nous pouvons nous interroger sur la place qu'il leur accorde, et la considération qu'il en a. A la première question du questionnaire-entretien, M. T. dit ne pas avoir de difficulté. Sa réponse me fait sourire en pensant que c'était de l'humour, je m'aperçois très vite que non. Je me sens gênée mais décide de poursuivre avec la troisième question. Je lui ai posé la deuxième question « avez-vous déjà parlé de vos difficultés à quelqu'un ? » à la fin de l'entretien, quand l'occasion s'est présentée.

La déglutition de la viande est coûteuse selon M. T., mais cela ne semble pas le gêner. Ce sont les odeurs qui sont les plus embarrassantes, l'amenant à ne pas manger de poisson.

Il ne fait pas part des aliments qui restent parfois collés sur les parois pharyngées, mais nous pouvons penser que le bol alimentaire n'est pas toujours bien préparé ou que la propulsion du bol n'est pas toujours efficace, ce qui est très souvent décrit dans la presbyphagie.

Répercussions fonctionnelles

M. T. dit manger de tout pendant les repas et en dehors bien qu'il ne soit plus autorisé à manger des gâteaux. Cette situation montre que M. T. n'est pas angoissé par les fausses routes qu'il a pu faire et qui pourraient de nouveau se produire. Il dit penser à bien mâcher, depuis sa fausse route qui a inquiété le personnel soignant.

Pour M. T. « *Quand on se met à table on mange mais c'est tout* ». Depuis son enfance, les repas n'ont jamais eu d'importance « *J'ai des souvenirs quand j'étais jeune, mais les repas on s'en fout.* ». J'ai l'impression que M. T. reste passif, sa conception des repas semble réduite à une simple dimension biologique dénuée de sociabilité.

Conditions particulières des repas

M. T. prend ses repas assis dans son fauteuil roulant. J'observe qu'il est légèrement

recroquevillé. L'environnement bruyant qui est celui de la salle à manger de la maison de retraite est une situation très fatigante pour ce monsieur. Il dit peu discuter avec les personnes qui sont à sa table.

Vécu du sujet

Quand je demande à M. T. s'il a du plaisir à manger, il me répond « *Oh bah oui quand même !* ». Il n'en donne pas l'impression tout au long de notre rencontre, très peu de mots viennent exprimer ce plaisir.

Il dit dans ses réponses au DHI que ses difficultés ne sont pas comprises par les autres. Pourtant, M. T. n'estime pas avoir de difficultés durant l'entretien. Néanmoins, nous pouvons penser qu'à travers cette réaction il évoque son incompréhension face au passage d'une alimentation solide à mixée. Quand je lui demande si on lui a expliqué ce changement il répond ces mots qui laissent échapper sa souffrance « *Je n'ai pas essayé, je prends ce qu'ils me donnent et puis ça y est. Je pense qu'ils pourraient essayer de me donner autre chose plutôt que tout mâché comme ça parce que ça n'a pas du tout le même goût.* ».

Education thérapeutique

Les paroles de M. T. rapportées ci-dessus m'ont permis d'ouvrir ce temps de notre rencontre. J'ai essayé de lui dire qu'il devrait ouvrir sa parole aux autres et notamment au personnel soignant pour mieux comprendre le changement de son alimentation. J'ai également tenté de lui faire sentir l'importance de l'expression de ses envies pour que le personnel puisse s'y adapter et répondre à ses besoins. La seule réponse obtenue par M. T. est l'expression perplexe de son visage.

Quelques semaines après, lors de notre deuxième rencontre dans le cadre d'un repas, j'ai retrouvé la même expression, la même attitude passive, M. T. n'avait pas parlé au personnel soignant.

Analyse de l'entretien avec Mme P.

Présentation clinique

Mme P. est une femme âgée de 95 ans. Elle se déplace en fauteuil, c'est pourquoi sa fille est venue m'accueillir avant de m'emmener au salon où se trouvait sa mère.

Mme P. est veuve, elle vit seule mais sa fille vient tous les jours pour l'aider.

L'entretien s'est déroulé dans le salon, autour d'une table avec Mme P. dans son fauteuil roulant et moi assise sur une chaise à côté d'elle. Il a duré environ 45 minutes.

Mme P. semblait très heureuse de recevoir quelqu'un chez elle mais elle m'a paru être une femme réservée.

Analyse du DHI

J'aide Mme P. à remplir le DHI en lui lisant les phrases et en cochant ses réponses pour elle car elle est extrêmement fatigable. Elle obtient un score total de **38/120** ce qui indique une **plainte modérée** au niveau de la déglutition.

- Domaine Symptômes : 8/40
- Domaine Fonctionnel : 22/40
- Domaine Emotionnel : 8/40

Nous pouvons conclure que d'après le DHI, Mme P. possède quelques symptômes d'un trouble de déglutition. Elle sent parfois une gêne quand elle avale et tousse parfois ou racle sa gorge pendant ou après le repas. Enfin, elle bave presque toujours quand elle mange.

Ces symptômes ont des répercussions sur le plan fonctionnel. En effet, Mme P. a parfois faim ou soif après le repas et la durée de ces derniers est toujours allongée à cause de ses difficultés pour avaler. De plus, elle mange moins et est plus gênée pour respirer depuis ses problèmes de déglutition. Enfin, elle est toujours fatiguée à cause de ces mêmes problèmes qui la rendent incapable de manger certains aliments.

D'un point de vue émotionnel, Mme P. est parfois ennuyée par la manière dont elle mange au moment des repas et trouve que les gens semblent parfois irrités par son problème de déglutition.

Analyse de l'entretien

Difficultés rencontrées lors des repas

Mme P. dit mettre beaucoup de temps à manger car « ça [la] gêne quand [elle] avale ». En effet, elle répond au DHI qu'elle sent parfois une gêne mais qu'elle n'a jamais mal à la gorge quand elle avale et qu'elle ne s'étouffe presque jamais. En revanche, elle indique qu'elle tousse ou racle parfois sa gorge pendant ou après le repas. Il est donc difficile de déterminer la nature de cette gêne que la patiente elle-même n'arrive pas à expliquer.

Mme P. ne porte pas de prothèse dentaire car elle a une « très bonne dentition ». Elle n'a donc aucune difficulté de mastication.

C'est pourtant avec les solides que « c'est plus compliqué » dit-elle, même si elle ajoute qu'il n'y a « rien de grave ». Les liquides, quant à eux, ne posent pas de problème. Mme P. n'a jamais de difficulté pour les déglutir.

Répercussions fonctionnelles

Les repas de Mme P. durent trop longtemps selon elle : « c'est lent ». De plus, Mme P. trouve qu'elle a un bavage important : « je bave beaucoup ».

Mme P. ressent peu la faim mais cela ne l'empêche pas de manger une fois à table. Elle répond tout de même qu'elle a parfois faim ou soif après le repas.

Mme P. dit ne pas avoir d'astuces pour faciliter sa déglutition. Elle répond au DHI qu'elle n'a jamais besoin de modifier la consistance des aliments pour pouvoir les avaler, or sa fille me confie qu'elle ne lui sert que des plats hachés en tout petits morceaux ou mixés. De plus, les difficultés de Mme P. la rendent incapable de manger certains aliments, elle ajoute qu'elle a notamment totalement banni les raisins de son alimentation. Nous pouvons considérer qu'il s'agit ici d'une astuce pour diminuer le risque de fausse route.

Conditions particulières des repas

Mme P. n'a pas de régime particulier. Elle prend de l'Inexium pour soigner son reflux gastro-œsophagien. Sa fille lui prépare ses repas qu'elle trouve bons et qu'elle déguste assise à table avec elle.

Vécu du sujet

Mme P. n'a parlé de ses difficultés à personne, à part à sa fille mais elle dit qu'elle n'a pas besoin de lui en parler puisqu'« elle les voit ».

Le plaisir de la nourriture est toujours présent chez Mme P. puisqu'elle a des préférences, notamment pour le sucré : « gâteaux et pâtisseries ». Manger n'est quasiment jamais un moment désagréable pour elle.

Elle ne va plus au restaurant mais reçoit volontiers des invités chez elle. Elle ne semble pas gênée par le fait de manger en présence d'autres personnes : « ça ne me dérange pas ». En effet, Mme P. n'évite jamais de manger avec les autres à cause de ses difficultés pour avaler et sa vie personnelle et sociale n'est donc pas limitée par ces problèmes. En revanche, elle est tout de même parfois ennuyée par la manière dont elle mange au moment des repas.

Vécu du proche

La fille de Mme P. mange tous les jours avec elle, assise à sa table. Les repas sont longs ; ils durent entre 45 minutes et 1 heure.

La fille prépare les mêmes repas pour elle et sa mère. Elle fait attention au goût, à la texture (elle hache tout en petits morceaux), à la quantité et à la variété. Elle n'aide pas sa mère à manger mais lui essuie la bouche lorsqu'elle bave.

Elle a remarqué les difficultés de sa mère pour manger depuis plus d'un an mais n'en a jamais vraiment parlé avec elle. Elle dit pourtant que ce n'est pas un sujet tabou entre elles ni au sein de la famille.

La fille de Mme P. s'est adaptée aux difficultés de sa mère qui ne l'agacent pas mais lui font peur. Elle ne répond pas à la question « En avez-vous honte ? » et précise à côté que cela « *dépend des invités* ». Elle me confie être dérangée quand sa mère bave ou quand elle ne met pas sa main devant sa bouche pour tousser.

Education thérapeutique

Mme P. se plaignant essentiellement de sa lenteur pour manger et donc de la longueur de ses repas, je lui propose de fractionner les prises alimentaires. En effet, si elle prend plusieurs petits repas dans la journée, ils dureront moins longtemps mais les apports journaliers seront les mêmes.

Pour la gêne qu'elle ressent lorsqu'elle avale, je me demande si elle n'est pas liée au reflux gastro-œsophagien bien qu'il soit normalement traité. Je lui conseille donc d'éviter les aliments trop acides et les plats trop épicés.

Enfin, puisque Mme P. adore le sucré, je l'encourage à ne pas s'en priver et à manger des pâtisseries si cela lui fait plaisir.

Je discute ensuite avec la fille de Mme P. et lui suggère d'éviter d'essuyer la bouche de sa mère lorsqu'elle bave car il s'agit d'un geste assez infantilisant que Mme P. peut par ailleurs très bien faire seule. Elle me répond qu'en effet elle comprend que ce n'est peut-être pas nécessaire mais « c'est plus fort qu'elle ».

Observation en situation écologique : un repas en maison de retraite.

Suite à la rencontre de madame O. et de monsieur T., en maison de retraite, l'infirmière coordinatrice a accepté que nous assistions à un repas. L'objectif de cette participation était de pouvoir observer le fonctionnement général au moment des repas : les conditions, le service, les menus, l'attitude des résidents et des soignants.

Cette situation écologique nous a permis de découvrir l'atmosphère d'une salle à manger de maison de retraite. Ceci nous a également permis d'observer le comportement du personnel face aux éventuelles difficultés des résidents au cours des repas. Ainsi, nous avons pu remarquer que des moyens sont mis en place pour les personnes en difficulté : alimentation mixée, verres à découpe nasale, assiettes et couverts ergonomiques.

Nous avons déjeuné à la table de madame O. et de monsieur T. Un repas « normal » nous a été servi tandis que ces deux personnes ont eu un repas mixé. Elles nous ont fait part de leur envie à la vue de nos assiettes, regrettant le temps où elles mangeaient normalement. Mme O. et M. T. ne comprennent pas la décision du personnel. En effet, ils admettent avoir fait quelques fausses routes, mais n'y voient pas un motif de changement d'alimentation.

En observant monsieur T., nous pouvons nous interroger sur l'intérêt d'une alimentation mixée sachant qu'il a mangé des fruits (mandarine et raisins), servis par inadvertance, sans aucune difficulté. De plus, il nous a confié grignoter des biscuits dans sa chambre, sans en avoir l'autorisation et sans jamais faire de fausse route. M. T. nous a précisé que, depuis l'épisode de sa fausse route, il est plus vigilant, mâche davantage et mange moins vite.

La discussion avec l'infirmière coordinatrice nous a apporté quelques précisions sur le changement d'alimentation de ces personnes. Les fausses routes observées (4 pour Mme O. et 1 pour M. T.) auraient été « spectaculaires » et impressionnantes pour les soignants qui ont dû gérer la situation. Il leur a donc semblé préférable de passer à une alimentation mixée afin de limiter les risques. Nous pouvons nous demander si la formation du personnel soignant aux difficultés de déglutition pourrait améliorer l'adaptation de l'alimentation, sans passer systématiquement au mixé. En effet, une fausse route occasionnelle peut survenir à tout moment et ne doit pas être la seule raison d'un changement brutal d'alimentation. Il est possible de proposer une alimentation à moindre risque, non pas mixée mais tendre/hachée. Cette situation intermédiaire permettrait de rassurer le personnel et les résidents tout en préservant le plaisir et les saveurs d'un repas.

Hors des sentiers battus...

C'est un témoignage atypique que j'ai recueilli en rencontrant Mme J. Les révélations de cette femme ne nous permettent pas de l'inclure à notre étude.

Par souci de bienséance, nous avons fait le choix de le partager avec vous. C'est aussi une façon de la remercier pour le temps qu'elle nous a consacré et de lui manifester tout notre respect.

Madame J. est âgée de 75 ans, elle est veuve depuis 3 ans et demi, moment à partir duquel elle est arrivée dans cette résidence.

Le contact avec madame J. s'est très vite établi, elle a d'ailleurs immédiatement accepté de participer. Souffrant de la solitude et de l'ambiance de la résidence-service qu'elle juge pesante, elle était ravie de pouvoir échanger avec une personne extérieure. Madame J. est une femme très bavarde, qui aime faire part de son vécu.

Au cours de l'entretien, Mme J. m'a confié que, de confession juive, elle a vécu la Shoah. Depuis cette période de sa vie, Mme J. souffre d'anorexie. Soutenue par sa famille, elle a rapidement été prise en charge en psychologie depuis l'âge de ses 15 ans. Deux hospitalisations à l'âge de 18 ans et 46 ans ont marqué sa vie. Un gavage et des piqûres d'insuline lui ont été dispensés afin de remédier à une importante carence alimentaire. Le passé de madame J. est très lourd à porter, ses propos sont très violents et difficiles à entendre. Elle associe sa pathologie à cette période de souffrance durant

laquelle elle a vu sa famille disparaître. Madame J. fait le lien entre ces différents événements, et précise qu'elle a un désir de mort depuis une soixantaine d'année, « *je ne peux pas me donner la mort mais je me la souhaite* ». Mme J. me confie « *je me sens coupable d'être vivante alors que ma famille ne l'est pas* ».

Son rapport à la nourriture est très complexe, Mme J. est d'ailleurs très mince. Elle a besoin de connaître le menu quelques heures avant le repas, certainement pour se préparer à ce qu'elle devra manger.

V. Discussion

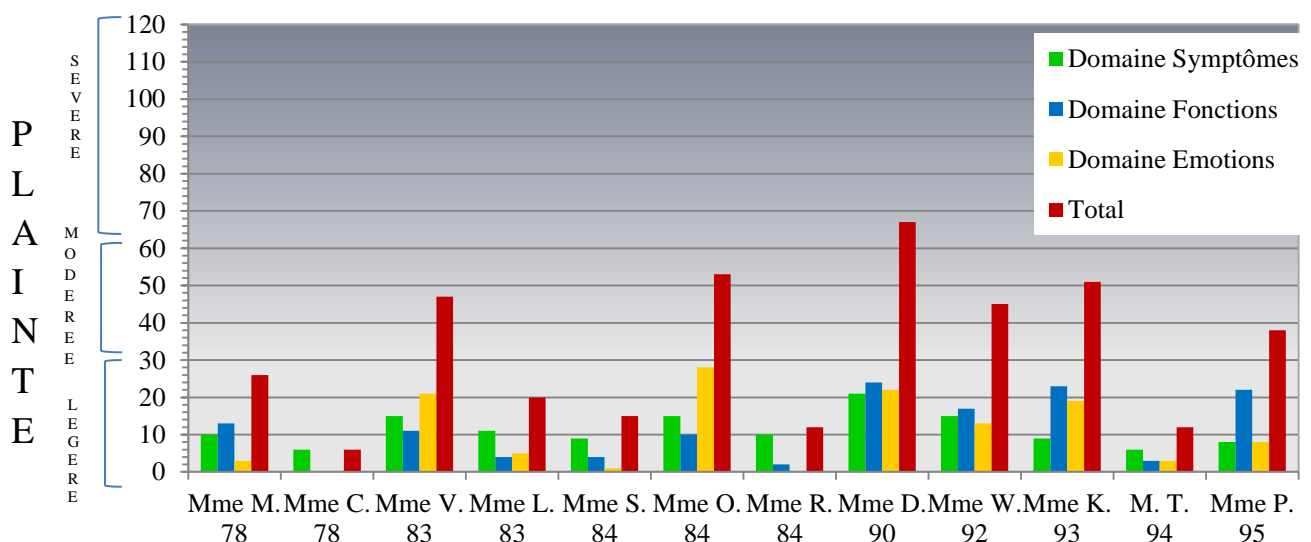
A. Confrontation des résultats et des hypothèses

Compte tenu du caractère clinique de notre recherche et du nombre limité de sujets constituant notre population d'étude, nous n'avons pas pu interpréter nos résultats à l'aide d'analyses statistiques. Nos interprétations reposent sur un recueil de données qualitatives et non quantitatives.

1. Hypothèses principales

- *la plainte subjective à propos des symptômes serait moins importante que la plainte concernant le vécu de la répercussion de ces symptômes.*

Résultats au DHI



Selon les résultats au DHI, cette hypothèse ne peut être validée. En effet, seul 2 personnes sur 12 ont un vécu émotionnel plus important que les plaintes symptomatique et fonctionnelle. Nous nous attendions à ce que les scores dans le domaine émotionnel soient plus élevés pour tous les sujets.

Toutefois, au regard des analyses des questionnaires-entretiens, nous constatons pour plusieurs sujets que les symptômes et leurs répercussions fonctionnelles ont un impact sur le vécu. Ces personnes ne l'extériorisent pas directement mais la manifestation de leurs inquiétudes et de leurs angoisses reflète une souffrance face à leurs difficultés.

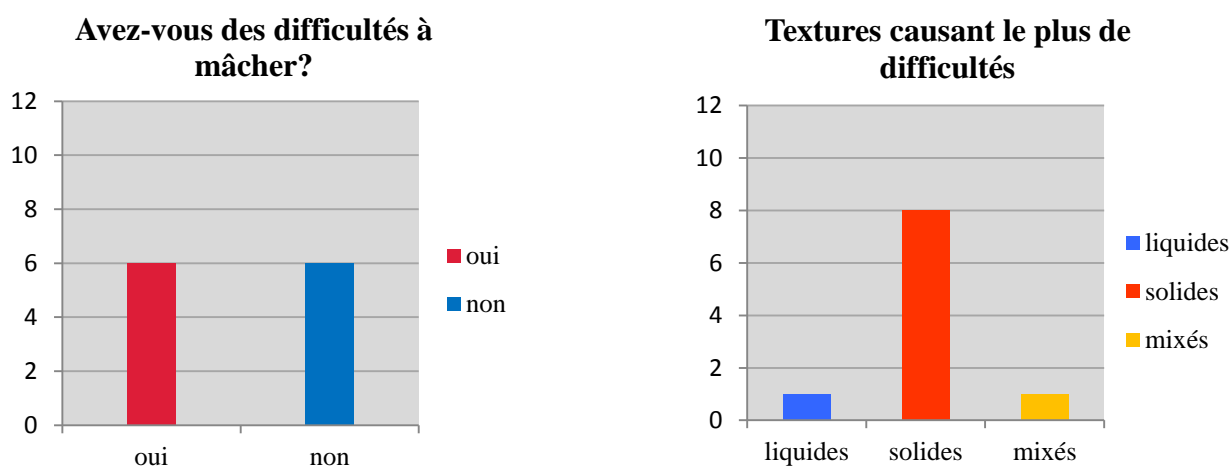
Nous pouvons ajouter que l'âge n'est pas prédictif de la sévérité de la plainte mise en évidence par le DHI. Ainsi, le score total au DHI de M.T., 93 ans, est moins important que celui de Mme V., 83 ans.

- les difficultés du sujet au cours des repas entraîneraient des perturbations dans les relations avec les proches.

Nous avons pu recueillir 10 questionnaires destinés aux proches de chaque sujet. Pour Mme C. et Mme R., plusieurs proches ont répondu au questionnaire. Les réponses diffèrent en fonction du degré de parenté et selon la fréquence des repas partagés. Généralement, le proche vivant avec le sujet n'a pas remarqué de difficultés. A contrario, les proches tels que les enfants et petits-enfants les perçoivent. La plupart sont agacés et inquiets face à l'éventualité que leur parent fasse une fausse route. Cependant, la majorité répond que les difficultés ne perturbent pas les relations familiales et qu'ils s'y sont adaptés. L'hypothèse ne peut donc pas être validée.

2. Hypothèses secondaires

La mastication étant moins efficace, ce serait les solides qui poseraient le plus de problèmes.



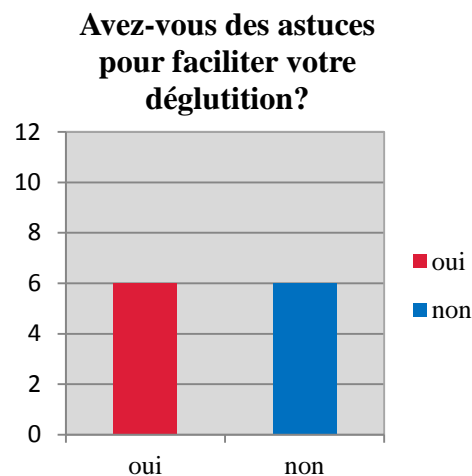
7 sujets sur 12 ont répondu qu'ils mâchaient plus longtemps avant d'avaler et 6 d'entre eux, soit la moitié de notre population d'étude, expriment des difficultés à mâcher. Nous pouvons donc affirmer que la mastication est moins efficace. De plus, au-delà du goût et des odeurs des aliments, c'est leur texture qui pose le plus de problèmes et particulièrement la texture solide. Notre hypothèse

est donc validée. Il est important de noter que 3 des sujets ayant des difficultés à mâcher portent des prothèses dentaires et se plaignent de douleurs gingivales. D'après ces personnes, les prothèses sont mal adaptées. En tant qu'orthophoniste, notre rôle sera aussi d'orienter vers des dentistes si nécessaire.

La plainte autour de la déglutition se serait déclarée avec l'avancée en âge alors que les repas se déroulaient bien auparavant. Nous sous-entendons que le vieillissement serait la seule origine des difficultés pour avaler.

11 personnes sur 12 affirment que les repas se déroulaient sans problème avant l'apparition de difficultés pour avaler. Ces dernières sont donc uniquement imputables au vieillissement. Notre hypothèse est validée.

Les personnes âgées présentant une presbyphagie n'instaureraient pas d'elles-mêmes des moyens de compensation pour faciliter la prise alimentaire.

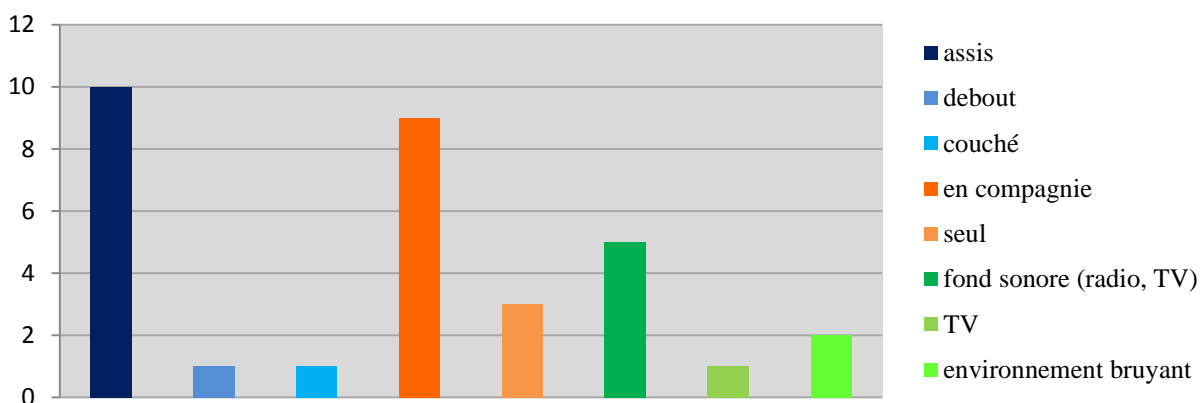


Lorsque nous avons demandé si des astuces ou moyens de compensation avaient été mis en place pour faciliter la déglutition, la moitié des sujets nous ont répondu non. Cependant, parmi ces sujets, certains ont instauré des astuces sans en avoir conscience. Nous avons constaté cela à travers leurs réponses à d'autres questions. De plus, les 3 sujets vivant en maison de retraite bénéficient de moyens de compensation. Ces derniers ont été mis en place par le personnel soignant, c'est pourquoi ces 3 sujets ont répondu non à cette question.

Les moyens de compensation mis en place dans les maisons de retraite sont principalement une alimentation mixée. Au domicile, les principales astuces des sujets sont de manger plus calmement et couper plus finement les aliments.

Lors du déroulement des repas, les difficultés reviendraient en partie aux mauvaises conditions environnementales et posturales des personnes âgées présentant une presbyphagie.

Conditions environnementales et posturales au cours des repas.

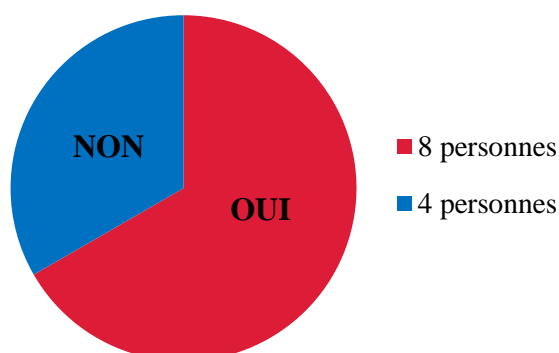


Les conditions environnementales et les postures des sujets lors des repas n'entravent pas le mécanisme de déglutition puisque celles-ci sont adaptées en général. En effet, la majorité mange assise, à table et au calme. La plupart du temps, les sujets partagent leur repas avec une personne, ou plusieurs dans le cas des résidents en maison de retraite. Selon les données de la littérature, cette situation plus conviviale augmente le plaisir lié au repas. Cependant, nous avons observé qu'elle peut être nuisible si l'environnement sonore est trop important.

L'hypothèse est infirmée pour notre population.

Le reflux gastro-œsophagien n'entraînerait pas de modifications des habitudes alimentaires.

Avez-vous un RGO?



Pour répondre à cette hypothèse, nous avons dans un premier temps demandé aux sujets s'ils avaient un reflux gastro-œsophagien. 8 d'entre eux ont répondu affirmativement et précisent qu'ils suivent un traitement anti-reflux. Ces personnes n'ont pas modifié leurs habitudes et comportements alimentaires pour autant.

Cette hypothèse est validée.

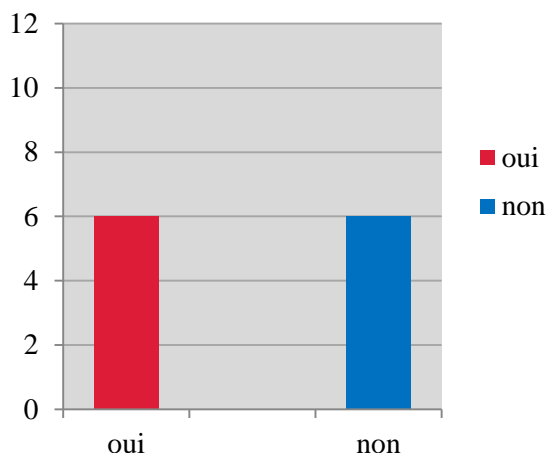
Les personnes âgées présentant une presbyphagie n'auraient plus de plaisir à manger.

Nous constatons que la moitié des sujets ne ressent plus de plaisir lors des repas. Le plaisir a disparu et est remplacé par l'angoisse de faire une fausse route.

Cependant, pour l'autre moitié des sujets la sensation de plaisir est préservée malgré leurs difficultés. Cela rejoint l'idée que le plaisir de manger est l'un des seuls qui perdure lors du vieillissement.

L'hypothèse ne peut être ni validée ni infirmée.

Avez-vous du plaisir à manger?



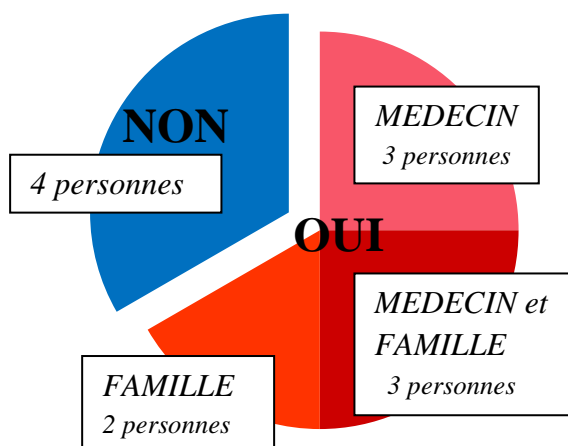
Les personnes âgées présentant une presbyphagie auraient une préférence pour les aliments sucrés, comme d'après la littérature les personnes âgées en général.

Les réponses des sujets nous permettent de remarquer une préférence pour les aliments qu'ils sont incapables d'avaler et qu'ils ont donc bannis de leur alimentation. Nous pouvons penser qu'ils éprouvent un sentiment de frustration. Ces aliments sont généralement solides et salés (ex : bifteck).

Seul 5 personnes sur 12 préfèrent les aliments sucrés. Notre hypothèse n'est donc pas validée.

Le sujet présentant une presbyphagie aurait déjà évoqué sa plainte auprès d'un médecin.

Avez-vous déjà parlé de vos difficultés à quelqu'un ?

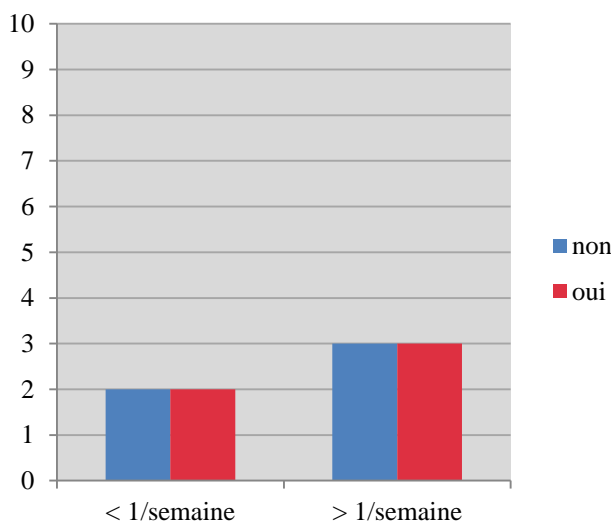


Plus de la moitié des sujets, soit 8 sur 12, ont fait part de leurs difficultés de déglutition à autrui. Parmi eux, 3 personnes se sont adressées à un médecin, 2 personnes à leur famille. Les 3 autres personnes ont évoqué leurs difficultés à la fois à leur famille et à un médecin. En incluant les 4 sujets qui n'ont jamais parlé de leurs difficultés, l'hypothèse ne peut être validée.

Les scores au DHI des sujets qui n'ont parlé de leurs difficultés à personne sont très hétérogènes. Un score élevé n'induit donc pas l'expression ou non des difficultés à autrui.

L'entourage du sujet présentant une presbyphagie aurait conscience des difficultés lors des repas.

Avez-vous remarqué des difficultés à avaler?



Sur les 10 questionnaires obtenus, nous avons fait le choix de distinguer les proches en fonction de la fréquence des repas pris avec le sujet afin que notre analyse soit plus juste.

Parmi les 6 personnes prenant leurs repas quotidiennement avec le sujet, seulement 2 ont conscience des difficultés à avaler de leur proche.

Parmi les 4 personnes partageant un repas une fois par semaine avec le sujet, la totalité a constaté des difficultés de déglutition. Il s'agit des enfants ou petits-enfants du sujet.

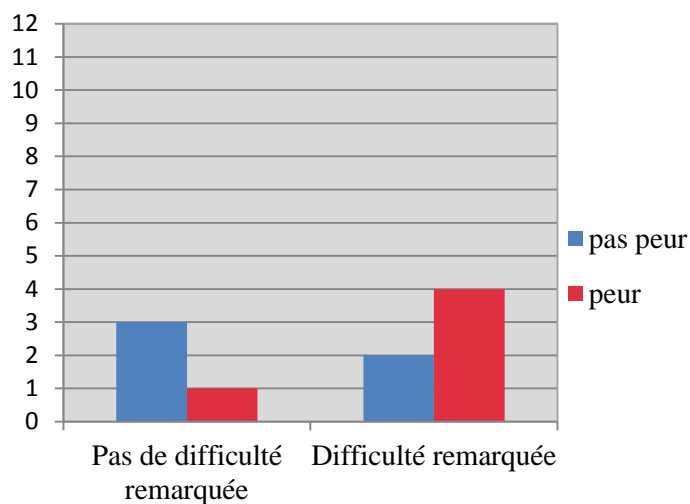
Plusieurs facteurs peuvent expliquer ces résultats. D'une part, les personnes vivant aux côtés de leur proche, le plus souvent les conjoints, n'ont pas assez de recul pour percevoir les difficultés. D'autre part, il est possible que ces personnes aient un regard moins averti sur les éventuelles difficultés liées au vieillissement y étant elles-mêmes confrontées. En effet, les données de la littérature montrent que notre regard sur le vieillissement est différent selon notre âge.

Pour valider ou infirmer l'hypothèse, nous devons diviser nos résultats en fonction de la fréquence des repas partagés entre le sujet et un proche. Si le proche partage tous ses repas avec le sujet (supérieur à 1 fois par semaine), l'hypothèse est infirmée. En revanche, si le proche partage un repas moins d'une fois par semaine avec le sujet, l'hypothèse est validée.

L'entourage du sujet présentant une presbyphagie exprimerait une inquiétude face aux difficultés de son proche.

Nous avons choisi de répondre à cette hypothèse en fonction des réponses à la question : « Avez-vous peur que votre proche avale de travers ? ». De plus, nous avons croisé ces résultats avec ceux de l'hypothèse précédente. Parmi les 6 personnes ayant remarqué des difficultés à avaler chez les sujets, 4 craignent que leur proche avale de travers. Pour les 4 qui n'ont pas conscience des difficultés de leur proche, 3 n'ont pas d'inquiétude tandis qu'une personne exprime la peur d'une fausse route. L'hypothèse est validée.

Nombre de proches exprimant une inquiétude par rapport aux difficultés du sujet.



B. Quelles solutions pour la prise en charge de ces patients ?

L'analyse de ces résultats nous éclaire sur la prise en charge qui pourra être proposée aux sujets présentant une presbyphagie. Elle consistera en une réadaptation et non en une rééducation. Cette prise en charge pourra nécessiter l'intervention de plusieurs professionnels de la santé.

L'orthophoniste aura un rôle premier de prévention, d'information et de guidance. Il veillera à sécuriser la déglutition en informant le patient et en lui donnant éventuellement des moyens de compensation pour limiter les risques et les complications. Son travail s'articulera autour de l'adaptation de l'environnement prandial en fonction de l'autonomie du patient, le but étant d'améliorer la qualité de vie de celui-ci. Il s'agira de faire des aménagements au cas par cas en fonction des difficultés du patient en adaptant les textures et corrigeant les mauvaises postures par exemple. Les informations et conseils occuperont une place très importante dans la prise en charge. Cette éducation thérapeutique devra se faire auprès du patient mais également auprès de ses aidants familiaux ou professionnels. Cela implique une formation des équipes lorsque le patient réside en maison de retraite. L'orthophoniste pourra alors intervenir auprès des infirmiers, des aides-soignants, des cadres, des cuisiniers, des médecins afin de leur transmettre les conduites à tenir. Nous avons

constaté une forte demande de ce type de formation lors d'une visite dans une résidence-service où la cadre de santé et le médecin référent nous en ont fait part. En effet, les équipes soignantes sont souvent démunies face aux difficultés des personnes âgées au cours des repas et mettent en place des stratégies démesurément sécuritaires.

L'orthophoniste restera attentif aux besoins nutritionnels et à l'hygiène bucco-dentaire du patient. Dans le cas de carences alimentaires, il orientera vers un diététicien ou pourra proposer une consultation ortho-diététique. Dans le cas d'une mauvaise hygiène bucco-dentaire et/ou de prothèses dentaires non adaptées, un dentiste sera sollicité.

L'orthophoniste devra rester vigilant devant ces difficultés car elles peuvent être les symptômes d'une pathologie sous-jacente qui n'a pas encore été diagnostiquée. C'est pourquoi il devra faire preuve de prudence et réadresser le patient à son médecin en cas de doute.

C. Limites de l'étude

Le faible nombre de personnes constituant la population de cette étude ne nous permet pas de généraliser les résultats et de les étendre à l'ensemble de la population. Toutefois, ils mettent en exergue des tendances chez les sujets présentant une presbyphagie.

L'échelle d'auto-évaluation (DHI) comporte des items contigus rendant difficile pour les sujets un choix certain dans leur réponse. La subtilité entre « parfois » et « presque jamais », « parfois » et « presque toujours » a amené le sujet à nous interroger sur la différence entre ces termes, et à répondre de façon incertaine.

La longueur du questionnaire-entretien a été problématique pour certains sujets. Effectivement, le temps de passation a pu être éprouvant pour des personnes sujettes à une importante fatigabilité du fait de leur grand âge. Lors de deux entretiens, nous avons dû nous adapter en écourtant la rencontre.

Nous avons eu des difficultés à élaborer sur le vécu des personnes rencontrées puisque le DHI était proposé avant le questionnaire-entretien et que l'aspect spontané des réponses en a été altéré.

Conclusion

Pour réaliser ce mémoire, nous avons d'abord dû nous nourrir des données de la littérature en faisant une recherche théorique importante. La presbyphagie, le vieillissement de la déglutition, étant un sujet peu développé, nous avons tenté d'approfondir notre compréhension des différents aspects de l'alimentation et du vieillissement de l'être humain. Nous avons exploré plusieurs disciplines comme l'anthropologie, la sociologie, la psychologie et la psychanalyse. Ces différents regards sont venu enrichir nos connaissances.

Nos rencontres avec 12 personnes, âgées de 78 à 95 ans et présentant une plainte au niveau de la déglutition, sans pathologie associée, nous ont permis d'évaluer la teneur de leur plainte afin de définir la place de l'orthophonie dans la prise en charge de la presbyphagie. Nous nous sommes appuyées sur une échelle d'auto-évaluation (DHI) et un questionnaire-entretien qui nous ont apporté un premier regard sur ces personnes et leur vécu.

La parole de chacune des personnes rencontrées a soulevé des problématiques diverses pour lesquelles l'orthophoniste peut apporter une réponse. Grâce aux 12 personnes rencontrées, nous avons pu mettre en valeur que :

- Les personnes présentant une presbyphagie expriment une plainte au niveau de la déglutition qui peut avoir des conséquences psychosociales à l'origine d'un vécu douloureux et anxiogène concernant l'alimentation.

- Cette plainte peut être exprimée à la fois auprès de leur entourage et des médecins. Les soignants ne sembleraient pas toujours sensibles à ces difficultés et sont peut-être démunis.

- En général, les personnes rencontrées ont trouvé d'elles-mêmes des ressources pour s'adapter à certaines de leurs difficultés.

- La famille accepte le vieillissement de son proche et s'y adapte, bien qu'une inquiétude soit parfois exprimée.

- Dans ce contexte, le rôle de l'orthophoniste est de réadapter les conditions du repas, de sensibiliser, prévenir et informer les patients et leur entourage. L'orthophoniste proposera une prise en charge reposant sur des rencontres ponctuelles. Selon l'origine des difficultés, il pourra orienter vers d'autres professionnels. La pluridisciplinarité permettrait de prendre en charge tous les aspects de la presbyphagie.

En tant que futures orthophonistes, ces rencontres uniques nous ont permis de développer nos capacités d'adaptation et d'écoute. En effet, nous avons tenté de nous adapter à chacun en fonction de leur personnalité et de leur vécu. Nous sommes allées à la rencontre de ces personnes dans le but

d'être au plus près d'une relation patient-thérapeute permettant l'échange et le partage. La reconnaissance témoignée par les personnes rencontrées montre à quel point il est important d'offrir à son patient un espace de parole afin qu'il puisse s'engager et se sentir reconnu dans notre écoute et dans sa parole.

Dans le cadre d'une étude plus épidémiologique, il serait intéressant de rencontrer un plus grand nombre de personnes âgées afin d'estimer la proportion des personnes concernées par la presbyphagie dans notre population.

Un autre mémoire d'orthophonie pourrait être consacré à l'étude de l'efficacité d'une prise en charge orthophonique pour des patients présentant une presbyphagie en leur proposant plusieurs rencontres afin d'apprécier l'amélioration de leur qualité de vie.

BIBLIOGRAPHIE

Agbodjian, J.-E., Paulhe, J.-M. (2001). La souffrance des familles face à l'institutionnalisation d'un proche âgé. *La Revue du Généraliste et de la Gérontologie*, 8, 79, 434-437.

Amyot, J.-J., Faugeras, S., Brun, L., Malo, P.-Y., Nicoleau, P. (2013). *Prévenir et lutter contre la maltraitance des personnes âgées*. Paris: Dunod.

Aquino, J.-P. (2012). Vieillesse et politiques publiques. *Gérontologie et société, hors-série*, 273-279.

Arcand, B. (1982). La construction culturelle de la vieillesse. *Anthropologie et Société*, 6, 3, 7-23.

Arveux, I., Faivre, G., Lenfant, L., Manckoudia, P., Mourey, F., Camus, A., Mischistroussard, C., Pfitzenmeyer, P. (2002). Le sujet âgé fragile. *La revue de gériatrie*, 27, 7, 569-581.

Attias-Donfut, C. (1994). Solidarités et entraides entre générations. In *Liens intergénérationnels : transmissions, entraides familiales et solidarités du Colloque Familles et Recherches : Nouvelles questions, nouvelles approches, nouveaux aperçus*. Paris (p 4-29).

Attias-Donfut, C. (2011). *Au-delà de la vieillesse*. Paris : Armand Colin, 256 p.

Auzou, P. (2007). Anatomie et physiologie de la déglutition normale. Déglutition et circonspection. *Kinésithérapie, la revue*, 7, 64, 14-18.

Badey-Rodriguez, C. (1998). *Les personnes âgées en institution: vie ou survie*. Paris: Seli Arslan, 192 p.

Badey-Rodriguez, C. (2008). Familles et professionnels en gérontologie: quelles difficultés? Quelle place pour chacun? *Recherche en Soins Infirmiers*, 94, 70-79.

Balard, F. (2011). Vivre et dire la vieillesse à plus de 90 ans, se sentir vieillir mais ne pas être vieux. In *Vieillesse ordinaires. Gérontologie et société*, 138, 231-243.

Barberger-Gateau, P., Raffaitin, C., Letenneur, L., Berr, C., Tzourio, C., Dartigues, JF., Alpérovitch, A. (2007). Dietary patterns and risk of dementia: the Three-City study. *European Journal of Clinical Nutrition*, 69, 20, 1921-1930.

Barre, S., Hyman, C. (2008). *Elaboration d'un protocole de prévention des fausses routes chez les personnes âgées hospitalisées et élaboration d'un dossier à soumettre à un comité de protection des personnes*. Mémoire pour l'obtention du Certificat de Capacité d'Orthophonie de l'Université Paris VI.

Basdekis, J.-C. (2004). *L'alimentation des personnes âgées et la prévention de la dénutrition*. Gilly: Estem.

Belaud, P., Herniotte, C. (1998). Familles et accompagnement. *L'Aide Soignante*, 2, 4-6.

Belmin, J. (2003). *Le vieillissement*. Paris: Editions Med-line.

- Belmin, J., Chassagne, P., Gonthier, R., Jeandel, C., Pfitzenmeyer, P. (2003). *Gérontologie*. Paris: Masson, 630 p.
- Bianchi, H., Gagey, J., Moreigne, J.-P., Balbo, G., Poïvet, D.-Y., Thomas, L.-V. (1989). *La question du vieillissement: perspectives psychanalytiques*. Paris: Dunod, 171 p.
- Bleeckx, D. (2001). *Dysphagie: évaluation et rééducation des troubles de la déglutition*. Bruxelles: De Boeck université.
- Bleeckx, D., Postiaux, G. (2002). Déglutition-évaluation-rééducation. *Kinésithérapie-médecine physique-réadaptation*, p 1-10.
- Boghossian, G. (1980). *Le comportement alimentaire de la personne âgée hébergée*. Thèse de l'Université de Lyon.
- Bonfils, P., Chevallier, J.-M. (2005). *Anatomie tome 3 : ORL*. Paris : Flammarion.
- Bonfils, P. (2007). Physiologie, exploration et troubles de l'olfaction. *Oto-rhino-laryngologie*, 1-12.
- Bouin, N. (2006). La Dysphagie: évaluation et prise en charge. *Le Clinicien*, 69-74.
- Bourdelaïs, P. (1997). *L'âge de la vieillesse: histoire du vieillissement de la population*. Paris: Odile Jacob, 503 p.
- Brasnu, D., Ayache, D., Hans, S., Hartl, D. (2008). *Traité d'ORL*. Paris: Médecine-Science, Flammarion, 875 p.
- Breil, L., Crepin, H. (2006). *Qualité de vie et capacités fonctionnelles après buccopharyngectomie transmandibulaire*. Mémoire pour l'obtention du Certificat de Capacité d'Orthophonie de l'Université Paris VI.
- Brillat-Savarin, J.-A., (1825). *La Physiologie du goût ou Méditations de gastronomie transcendante*. Paris : Sautélet.
- Capet, C., Delaunay, O., Idrissi, F., Landrin, I., Kadri, N. (2007). *Troubles de la déglutition de l'état bucco-dentaire à la fausse route*. Paris : Elsevier Masson.
- Chapuy, P.-H. (1992). *Alimentation de la personne âgée, Tome 4*. Paris: Simep.
- Christolhomme, M. (2006). Un sujet négligé: la santé bucco-dentaire des personnes âgées. *Gérontologie*, 138, 1-7.
- Cichero, J., Clave, P. (2012). *Stepping stones to living well with dysphagia*. Suisse: Nestlé nutrition institute Kargersse.

CNEG: Collège National des Enseignants en Gériatrie. (2010). *Vieillesse (module 5)*. Paris: Masson, 272 p.

Comino, J. (2010). Vieillesse, psychologie générale. *Dicopsy, dictionnaire de psychologie*.

Cot, F. (2000). *La dysphagie oro-pharyngée chez l'adulte*. Paris: Maloine-Edisem, 272 p.

Crevier-Buchmann, L., Tessier, C., Brihaye, S. (2003). *La déglutition après chirurgie partielle du larynx*. Marseille : Solal.

Crevier-Buchmann, L., Borel, S., Brasnu, D. (2007). *Physiologie de la déglutition normale*. Paris: Elsevier Masson.

Cunnane, S.C., Plourde, M., Pifferi, F., Begin, M., Feart, C., Barberger-Gateau, P. (2009). Fish, docosahexaenoic acid and Alzheimer's disease. *Progress in Lipid Research*, 48, 5, 239-256.

Dai, Q., Borenstein, A.R., Wu, Y., Jackson, J.C., Larson, E.B. (2006). Fruit and vegetable consumption and Alzheimer's disease: the Kame Project. *The American Journal of Medicine*, 119, 9, 751-759.

Darcourt, G. (2004). Les manifestations du vieillissement. *L'aide-soignante*, 59, 20-22.

Debout, M. (2003). *Prévenir la maltraitance envers les personnes âgées*. Rennes : Editions ENSP.

Dejaeger, E., Pelemans, W., Ponette, M-D., Joosten, M-D. (1997). Mechanisms involved in postdeglutition retention in the elderly. *Dysphagia*, 12, 63-67.

Delaunay, P. (2012). La maltraitance des personnes vulnérables. *La revue de gériatrie*, 37, 5, 317-322.

De Lustrac, M. (2008). Conduite à tenir devant une dysphagie de la personne âgée. *La revue francophone de gériatrie et de gérontologie*, 15, 145, 244-247.

Drake, R.L., Vogl, W., Mitchella, W.M. (2005). *GRAY'S Anatomie pour les étudiants*. Paris: Elsevier-Masson.

Durand, J.-P. (1994). *Gérontopsychiatrie*. Rueil-Malmaison: Editions Lamarre, 248 p.

Ferry, M., Alix, E., Brocker, P., Constans, T., Lesourd, B., Mischlich, D., Pfintzenmeyer, P., Vellas, B. (2007). *Nutrition de la personne âgée*. Paris: Elsevier Masson.

Finiels, H., Strubel, D., Jacquot, J.-M. (2001). Les troubles de la déglutition du sujet âgé, aspects épidémiologiques. *Presse Médicale*, 30, 1623-1634.

Fortin, A. (1994). La famille, premier et ultime recours dans *Traité des problèmes sociaux*, ouvrage sous la direction de Dumont, F., Langlois, S., Martin, Y. Québec : Institut québécois de recherche sur la culture (IQRC), 1164 p.

Gaucher, J. (2009). Le vieillissement ressenti. In *L'alimentation des seniors du Colloque de l'IFN*. Paris.

Gillette-Guyonnet, Abellan Van Kan, G., Andrieu, S., Barberger-Gateau, P., Berr, C., Bonnefoy, M. (2007). IANA Task Force and Cognitive Decline with Aging. *Journal of Nutrition Health and Aging*, 11, 2, 132-152.

Gonthier, R. (2001). Le concept de fragilité. *Impact Medecine Hebdo*, 59, 4-6.

Guatterie, M., Lozano, V. (1990). Problématique des troubles de la déglutition. *Revue de laryngologie-otologie-rhinologie*, 111, 4, 401-406.

Guatterie, M., Lozano, V., Walter, V., Traissac, L. (1992). *Contrôle neurologique de la déglutition. Réhabilitation de la voix et de la déglutition après chirurgie partielle ou totale du larynx*. Paris: Arnette Editeur, 73-77.

Guerrier, B. (1999). Troubles de la déglutition après traitement chirurgical des cancers des voies aériennes digestives supérieures dans *Les troubles de la déglutition*, ouvrage collectif coordonné par Kotzki, N., Poudroux, Ph. Paris : Masson.

Guillemard, A.-M. (2010). *Les défis du vieillissement. Age, emploi, retraite, perspectives internationales*. Paris: Armand Colin, 358 p.

Hall, K.-E., Proctor, D.-D., Fisher, L., Rose, S. (2005). American Gastroenterological future trends committee report: effects of aging of the population on gastroenterology practice, education and research. *Gastroenterology*, 126, 1305-1338.

Harrus-Révidi, G., Naudin, O. (1995). Psychanalyse de la gourmandise. *L'Ecole des Parents*, 5, 50-55.

Hennequin, M., Lassauzay, C., Peyron, M-A., Veyrune, J-L. (2004). Effets du vieillissement sur les structures et les fonctions orales. *La Revue du Gériatre*, 29, 1, 51-60.

Henrard, J-C. (1997). Vieillesse et âge. *Actualité et dossier en santé publique*, 2, 4-11.

Jahnke, V. (1991). Dysphagia in the elderly. *Swallowing disorders*, 39, 11, 442-444.

Lacau Saint Guily, J., Chaussade, S. (1994). Troubles de la déglutition de l'adulte. Les maladies motrices du pharynx et de l'oesophage. *Monographies du CCA Wagram*, 1-5.

Lacau Saint Guily, J., Perie, S., Bruel, M., Roubeau, B., Susini, B., Gaillard, C. (2005). *Troubles de déglutition adulte. Prise en charge diagnostique et thérapeutique*. Paris: Elsevier-Masson.

Lamy, M., Mojon, P., Kalykakis, G., Legrand, R., Butz-Jorgensen, E. (1999). Oral status and nutrition in the institutionalized elderly. *J Dent*, 27, 443-8.

Laplantine, F. (2001). *L'anthropologie*. Paris: Editions Payot & Rivages, 242 p.

- Le Huche, F., Allali, A. (2001). *La voix, Tome 1*. Paris : Elsevier Masson, 199 p.
- Lesourd, B. (2000). Comportement alimentaire et vieillissement. *La revue du praticien*, 50, 501-507.
- Lesourd, B. (2006). La dysphagie des sujets âgés. *Acta Endoscopica*, 36, 4, 623-630.
- Logemann, J. A. (2007). Swallowing disorders. *Best Practice and Research Clinical Gastroenterology*, 21, 4, 563-573.
- Loiselle, J. (1991). L'aide par les proches: mythes ou réalités. *Nouvelles pratiques sociales*, 4, 2, 225-228.
- Martin, J.-P. (2009). Vieillissement et nutrition. Lutter contre l'anorexie. Dans *Autour des repas des personnes âgées*. Revigny sur Ornain : Doc Editions, 154 p.
- Mc Farland, D.H. (2006). *L'anatomie en orthophonie. Parole, voix et déglutition*. Paris: Elsevier-Masson, 226 p.
- Meunier, J.M. (2001). Les professionnels et la famille dans le soutien aux personnes âgées dépendantes. *Nouvelles pratiques sociales*, 14, 1, 217-220.
- Mouralis, B., Houard, M. (1991). *Les cheveux blancs : manuel de base pour mieux connaître les personnes âgées*. Paris: l'auteur, 100 p.
- Morris, M.C., Evans, D.A., Tangney, C.C., Bienas, J.L., Wilson, R.S. (2006). Associations of vegetable and fruit consumption with age-related cognitive change. *Neurology*, 67, 8, 1370-1376.
- Nshimrimana, L. (2003). Vieillesse et culture. Du bon usage des personnes âgées. *Cahiers critiques de thérapie familiale et de pratiques de réseaux*, 31, 53-67.
- Panayoty, C. (2002). *Les troubles alimentaires chez la personne âgée*. Mémoire pour l'obtention du Certificat de Capacité d'Orthophonie de l'Université de Nancy.
- Péricard Larue, T., Pichan Valentin, E. (2009). *Elaboration d'un livret informatif destiné aux familles de patients dysphagiques hospitalisés en gériatrie*. Mémoire pour l'obtention du Certificat de Capacité d'Orthophonie de l'Université Paris VI.
- Perrier, M. (2003). Les affections bucco-dentaires fréquentes du patient âgé. *Revue Médicale Suisse Romande*, 123, 679-683.
- Plant, R.L. (1998). Anatomy and physiology of swallowing in adults and geriatrics. *Otolaryngologic Clinics of North America*, 31, 3, 477-488.
- Pouderoux, P. (1997). *Physiologie de la déglutition*. Paris : Sem hop.

Puisieux, F., D'Andrea, C., Baconnier, P., Bui-Dinh, D., Castaings-Pelet, S., Crestani, B., Desrues, B., Ferron, C., Franco, A., Gaillat, J., Guenard, H., Housset, B., Jeandel, C., Jebrak, G., Leymarie-Selles, A., Orvoen-Frija, E., Piette, F., Pinganaud, G., Salle, J.-Y., Strubel, D., Vernejoux, J.-M., de Wazières, B., Weil-Engerer, S. (2009). Troubles de la déglutition du sujet âgé et pneumopathies en 14 questions/réponses. *Revue des Maladies Respiratoires*, 26, 6, 587-605.

Reverdin, N. (1993). Troubles du comportement alimentaire. *Psychothérapies*, 13, 1.

Richard, M.S. (2007). En milieu hospitalier, respecter et aider la famille du malade comme accompagnant naturel. *Médecine Palliative*, 6, 3, 158-162.

Robaszkiewicz, M., Bideau, K., Giroux, M.A., Gouerou, H. (1998). *Mastication-déglutition*. Paris : Elsevier Masson.

Salem, G. (1996). *L'approche thérapeutique de la famille*. Paris: Masson, 219 p.

Sallout, H., Mayoral, W., Benjamin, S-B. (1999). The aging oesophagus. *Clinics in Geriatric Medicine*, 15, 439-453.

Santerre, R., Létourneau, G. (1989). *Vieillir à travers le monde*. Québec : Presses de l'université de Laval.

Sanchez-Andrieux, M.-P. (2005). *Validation d'un questionnaire d'auto-évaluation du handicap de la dysphagie*. Mémoire pour l'obtention du Certificat de Capacité d'Orthophonie de l'Université Paul Sabatier de Toulouse.

Schindler, J.S., Kelly, J.H. (2002). Swallowing disorders in the elderly. *Philadelphia: the laryngoscope*, 112, 4, 589-94.

Schweizer, V. (2010). Troubles de la déglutition de la personne âgée. *Revue Médicale Suisse*, 6, 1859-1862.

Senez, C. (2002). *Rééducation des troubles de l'alimentation et de la déglutition dans les pathologies d'origine congénitale et les encéphalopathies acquises*. Marseille : Solal, 180 p.

Shaker, R., Lang, IM. (1994). Effect of aging on the deglutitive oral, pharyngeal and oesophageal motor function. *Dysphagia*, 9, 221- 228.

Sulmont-Rosse, C., Maitre, I., Issanchou, S. (2010) Age, perception chimiosensorielle et préférences alimentaires. In *Alimentation/Nutrition. Gériologie et société*, 134,87-106.

Tessier, J-F. (1991). Tableaux cliniques de crises familiales (enfant-parent âgé). *Psychologie Médicale*, 23, 3, 295-297.

Thibault, C. (2007). *Orthophonie et oralité : la sphère oro-faciale de l'enfant, troubles et thérapeutiques*. Paris: Elsevier Masson, 154 p.

Woisard, V., Puech, M. (2011). *La réhabilitation de la déglutition chez l'adulte*. Marseille: Solal, 411 p.

Yaffe, K. (2007). Antioxidants and Prevention of Cognitive Decline: Does Duration of Use Matter? *Archives of Internal Medicine*, 167, 20, 2167-2168.

Zaghoudi, L., Elmoubarki A., Salhi M. Ben Benchir, L., Labbane, R. (2008). Qualité de vie du sujet âgé : vers une échelle d'évaluation plus adaptée. *La revue francophone de gériatrie et de gérontologie*, 1, 145, 226-229.

GLOSSAIRE

***anosmie** : perte totale de l'odorat.

***cellule acineuse** : toute cellule muqueuse sécrétant un acinus, notamment appliquée à la cellule du pancréas qui fournit le suc pancréatique et les enzymes.

***cholécystokinine-pancréozymine** : (CCK) hormone peptidique gastro-intestinale sécrétée par la muqueuse du duodénum (premier segment de l'intestin grêle) et relarguée dans la circulation sanguine.

***constantes biologiques** : paramètres physico-chimiques caractérisant le milieu intérieur normal d'un sujet humain en bonne santé, à composition stable, par suite de mécanismes régulateurs de l'homéostasie.

***égotique** : qui manifeste de l'égotisme, disposition à cultiver son ego d'une manière excessive, à parler de sa personne à tout propos.

***épithélium** : tissu composé de cellules juxtaposées disposées en une ou plusieurs couches tapissant la face interne des organes.

***flaveurs** : ensemble des sensations (goût, odeur, texture, etc.) ressenties lors de la consommation d'aliments, de boissons.

***hypercatabolisme** : destruction anormalement accélérée de certaines molécules organiques.

***hypoguesie** : diminution, perte partielle du goût (agueusie : perte totale du goût).

***hyposmie** : diminution, perte partielle de l'odorat.

***sécrétion chlorhydrique** : L'acide chlorhydrique est sécrété par des cellules spécialisées de la muqueuse de l'estomac et mélangé au suc gastrique. Il est nécessaire à l'organisme pour commencer la digestion des protéines. Un excès de sécrétion est responsable de maladies de l'estomac.

***tissu conjonctif** : tissu de soutien relativement solide et plus ou moins fibreux dont le rôle consiste à protéger les organes qu'il entoure. Ce tissu est composé de fibres de collagène, de fibres élastiques et de fibres réticulaires (fibres de collagène très minces reliées aux fibres de collagène plus épaisses).

***villosités intestinales** : structures (replis de la muqueuse et du tissu conjonctif sous-jacent) de l'intestin grêle permettant l'amplification des processus d'absorption par augmentation de la surface intestinale et donc du nombre de cellules.

ANNEXES

▪ **Annexe 1 : lettre destinée aux ORL**

LAMBERT Camille

MENAGE Anne-Laure

Madame, Monsieur,

Nous sommes étudiantes en quatrième année à l'école d'Orthophonie de Paris VI et nous préparons notre mémoire de fin d'études dirigé par Nathalie Hilaire, orthophoniste en ORL dans le service du Pr Coste, au Centre Hospitalier Intercommunal de Créteil.

Notre étude porte sur le rôle de l'orthophoniste dans la presbyphagie ainsi que sur le vécu des patients. Le but de notre recherche est de savoir si l'évaluation, l'information, la prise en compte du vécu et l'expression de celui-ci améliorent les relations intrafamiliales au moment du repas et la qualité de vie des patients.

Pour cela, nous recherchons des personnes âgées de 75 à 90 ans se plaignant d'un trouble de la déglutition ou de l'appétit, sans chirurgie laryngée ni pathologie dégénérative associée. Nous leur proposerons un premier rendez-vous au cours duquel nous évaluerons le vécu de leur trouble grâce à une échelle d'auto-évaluation (le DHI) et un questionnaire-entretien que nous avons mis au point.

Pour réaliser cette étude, nous nous permettons de vous solliciter pour nous aider à rencontrer des patients correspondant à nos critères (**patients de 75 à 90 ans avec une plainte autour de la déglutition et sans chirurgie laryngée ni pathologie neurodégénérative associée**). A l'issue de votre consultation, nous vous invitons ainsi à proposer à vos patients de nous rencontrer et à nous faire parvenir leurs coordonnées pour que nous puissions les contacter.

N'hésitez pas à nous contacter pour toute question ou précision; nous restons à votre entière disposition.

Nous vous remercions par avance de votre aimable coopération et vous prions de recevoir, madame, monsieur, l'expression de nos sentiments les meilleurs.

Camille Lambert et Anne-Laure Ménage

▪ **Annexe 2 : Déglutition Handicap Index**

	Jamais / Presque Jamais / Parfois / Presque Toujours / Toujours	J	PJ	P	PT	T
	Je sens une gêne quand j'avale.....	-	-	-	-	-
D	Les aliments restent collés ou bloqués dans ma gorge.....	-	-	-	-	-
O	J'ai des difficultés à déglutir les liquides.....	-	-	-	-	-
M	Je tousse ou je racle ma gorge pendant ou après les repas.....	-	-	-	-	-
A	Je m'étouffe en mangeant ou en buvant.....	-	-	-	-	-
I	Je sens des remontées de liquides ou d'aliments après les repas....	-	-	-	-	-
N	J'ai du mal à mâcher.....	-	-	-	-	-
E	Des aliments passent dans mon nez quand je bois ou quand je mange.....	-	-	-	-	-
S	Je bave quand je mange.....	-	-	-	-	-
	J'ai mal à la gorge quand j'avale.....	-	-	-	-	-
	Mes difficultés pour avaler me rendent incapable de manger certains aliments.....	-	-	-	-	-
D	J'ai besoin de modifier la consistance des aliments pour pouvoir les O avaler.....	-	-	-	-	-
M	La durée des repas est allongée à cause de mes difficultés à A avaler.....	-	-	-	-	-
I	Je mange moins à cause de mes problèmes de déglutition.....	-	-	-	-	-
N	J'ai faim ou j'ai soif après le repas.....	-	-	-	-	-
E	Je suis fatigué(e) à cause de mes difficultés pour avaler.....	-	-	-	-	-
	Je perds du poids à cause de mes difficultés pour avaler.....	-	-	-	-	-
	J'ai peur de manger.....	-	-	-	-	-
F	Je fais plus souvent des bronchites ou des infections pulmonaires depuis mes problèmes de déglutition.....	-	-	-	-	-
	Je suis plus gêné(e) pour respirer depuis mes problèmes de déglutition.....	-	-	-	-	-
	J'évite de manger avec les autres à cause de mes difficultés pour avaler.....	-	-	-	-	-
D	Mes problèmes de déglutition limitent ma vie personnelle et sociale.....	-	-	-	-	-
O	Je suis ennuyé(e) par la manière dont je mange au moment des M repas.....	-	-	-	-	-
A	Manger devient un moment désagréable à cause de mes difficultés pour I avaler.....	-	-	-	-	-
N	Mes difficultés pour avaler me contrarient.....	-	-	-	-	-
E	Je trouve que les autres ne comprennent pas mes problèmes de déglutition.....	-	-	-	-	-
	Les gens semblent irrités par mon problème de déglutition.....	-	-	-	-	-
E	Je suis tendu(e) quand je mange avec d'autres à cause de ma déglutition.....	-	-	-	-	-
	Je suis honteux(se) de mon problème de déglutition.....	-	-	-	-	-
	Je me sens handicapé(e) à cause de mes difficultés pour avaler..	-	-	-	-	-

▪ **Annexe 3 : Questionnaire-entretien**

- 1) **Comment expliqueriez-vous vos difficultés? Quelles sont-elles?**

- 2) **Avez-vous déjà parlé de vos difficultés à quelqu'un?**

- 3) **Comment se passent vos repas?**

- 4) **Avez-vous des difficultés pour mâcher? Mâchez-vous longtemps pour avaler?**

- 5) **Comment cela se passe avec les liquides, les solides, les mixés?**

- 6) **a. Ressentez-vous la faim? b. Et la satiété?**

- 7) **a. Avez-vous du plaisir à manger? b. Quels sont vos aliments préférés?**

- 8) **Dans quelles conditions prenez-vous vos repas? (environnement, TV, radio, à table, en famille, seul(e),...)**

9) a. Préparez-vous vos repas? b. Si non, sont-ils bons?

10) Qu'est-ce qui est le plus embêtant pour vous?

- les aliments, les goûts, les odeurs, les textures?

11) a. Avez-vous un régime particulier? b. Est-il recommandé par un médecin?

12) a. Avez-vous un traitement médicamenteux? b. Avez-vous du diabète? c. Un RGO?

13) Avez-vous des astuces, des moyens de compensation pour faciliter votre déglutition?

14) Dans quelle(s) situation(s) êtes-vous le plus gêné(e)? : seul(e), en famille, avec vos amis, au restaurant?

15) Et avant, comment se passaient vos repas?

16) Et quand vous étiez petits? Et bébé, et enfant?

On vous en a parlé?

17) Connaissez-vous des expressions ou des proverbes concernant la nourriture, les repas?

18) D'après vous, qu'est-ce qui pourrait améliorer votre déglutition?

19) Pour vous, que serait un repas idéal?

▪ **Annexe 4 : Questionnaire destiné à un proche**

1) A quelle fréquence (environ) prenez-vous des repas avec votre proche?

- Tous les jours
- Une fois par semaine
- Une fois par mois
- Une fois par trimestre
- Une fois par an

2) Combien de temps durent-ils?

- Moins de 15 min
- Entre 15 et 30 min
- Entre 30 et 45 min
- Entre 45 min et 1h
- Plus d'1h

3) Avez-vous remarqué des difficultés à manger?

- Oui
- Non

4) Si oui, depuis quand ?

- Depuis moins d'1 mois
- Depuis moins de 6 mois
- Depuis plus d' 1 an
- Depuis plus de 5 ans

5) Avez- vous déjà évoqué ces problèmes avec votre proche?

- Oui
- Non

6) L'aidez-vous lors des repas?

- Oui
- Non

7) Mangez- vous la même chose que votre proche?

- Oui
- Non

8) Dans quelles conditions mangez-vous avec votre proche?

- A la maison
- Au restaurant
- En famille
- Devant la TV
- Assis à table
- En faisant autre chose

9) Etes-vous agacé(e) par ses problèmes?

- Oui
- Non

10) En avez-vous honte?

- Oui
- Non

11) Avez-vous peur que votre proche avale de travers?

- Oui
- Non

12) Préparez-vous ses repas?

- Oui
- Non

13) Si oui, à quoi faites-vous attention?

- A la présentation
- Au goût
- A la texture
- A la quantité
- A la variété

14) Vous êtes-vous adapté(e) à ses difficultés?

- Oui
- Non

15) Pensez-vous que cela perturbe les relations entre les membres de la famille, de l'entourage?

- Oui
- Non

16) Est-ce un sujet tabou entre vous?

- Oui
- Non

17) Et au sein de la famille?

- Oui
- Non

Remarques à ajouter:

▪ **Annexe 5: Tableau récapitulatif de la cavité orale**

CAVITE ORALE	paroi antérieure	parois latérales	paroi inférieure	paroi supérieure	paroi postérieure
caractéristiques	<p>-constituée des lèvres</p> <p>-avec lèvres et arcades dentaires forment le vestibule buccal</p>	<p>-formées par les joues</p> <p>-comprennent une fine couche musculaire formée par le muscle buccinateur</p> <p>-joues recouvertes en dedans par du tissu muqueux</p>	<p>-appelée plancher buccal ou oral</p> <p>-base de langue rattachée à l'arrière du plancher</p>	<p>=voile du palais (ou palais mou) + palais dur, recouverts d'une même muqueuse comprenant les glandes salivaires</p> <p>-sépare de la cavité nasale</p> <p>-partie antérieure est osseuse</p> <p>-la partie postérieure est musculaire et mobile</p>	<p>-piliers antérieurs du voile du palais</p> <p>=cloison musculo-membraneuse mobile</p> <p>-forme un sphincter séparant l'oropharynx du rhinopharynx</p>
muscles associés			<p>-mylohyoïdien</p> <p>-géniohyoïdien</p> <p>-digastrique (ventre antérieur)</p> <p>-s'étendent de la partie interne de la mandibule au corps de l'os hyoïde</p> <p>-leur contraction élève l'os hyoïde et donc le larynx</p>		-5 muscles

▪ **Annexe 6 : Tableau présentant les retentissements possibles d'une presbyphagie dans les différentes phases de la déglutition**

		DEGLUTITION NORMALE	PRESBYPHAGIE
Phase préparatoire orale	<i>mise en bouche</i>	ouverture/fermeture des lèvres et de la cavité buccale	-problème d'articulation temporo-mandibulaire -diminution du tonus des lèvres > bavage, incontinence labiale
	<i>mastication</i>	-mouvement rythmique de la mandibule, mouvement des lèvres, de la langue et des joues	-problème d'articulation temporo-mandibulaire -problème dentaire difficulté à gérer le bolus (coordination linguo-masticatrice) > augmentation de la durée
	<i>insalivation</i>	<u>rôle mécanique</u> : lubrification et cohésion du bolus <u>rôle digestif</u> : amylase parotidienne	-flux salivaire maintenu -xérostomie due aux médicaments: perte de la fonction antibactérienne et perte de la qualité du bolus
	<i>plaisir</i>	stimulation des récepteurs gustatifs et olfactifs	altération du goût et de l'odorat
Phase orale	<i>contrôle volontaire</i>		inchangé
	<i>langue</i>	-propulsion d'avant en arrière du bolus de la cavité buccale au pharynx	-Diminution de la sensibilité des bords latéraux : stases buccales -Diminution du mouvement lingual antéro-postérieur : stases buccales -Défaut de contention postérieure: fuite dans le pharynx
	<i>inhibition des mouvements respiratoires</i>		-augmentation de la durée des repas
	<i>déclenchement de la phase réflexe oropharyngée</i>		-seuil de détection du stimulus plus élevé -réflexe de déglutition déclenché tardivement > déclenchement tardif

Phase pharyngée	<i>occlusion du sphincter vélopharyngé</i>	-reflux nasal évité	inchangé
	<i>occlusion du sphincter laryngé</i>	-fermeture des plis vocaux -bascule de l'épiglotte -élévation du larynx	-diminution de l'élévation laryngée
	<i>propulsion pharyngée</i>	-compression postérieure par recul de la base de langue -péristaltisme pharyngé -aspiration du bol alimentaire	-péristaltisme diminué de 10%
	<i>ouverture du sphincter supérieur de l'œsophage</i>	-sphincter musculaire strié, fermé au repos -situé entre le rachis cervical et la face postérieure du chaton cricoïdien	-trouble de la relaxation -diminution de la durée
			> retard de déclenchement >ossification des cartilages >augmentation de la durée totale >stases dans vallécules et sinus piriformes
Phase œsophagienne		onde péristaltique œsophagienne -rôle de pesanteur et d'inspiration	
Coordination avec la respiration		-inhibition respiratoire en expiration (80%) = mécanisme protecteur facilitant l'expulsion	-augmentation de l'apnée respiratoire durant la déglutition -diminution du réflexe tussif > risque de pneumopathie d'inhalation

LA PRESBYPHAGIE : le vieillissement de la déglutition

Plainte et vécu des personnes concernées

RESUME

La presbyphagie est le vieillissement de la déglutition en l'absence de pathologie associée. Ce vieillissement n'a pas de grandes répercussions sur la fonction de déglutition, néanmoins certaines personnes âgées s'en plaignent. Nous pouvons alors nous demander si cela altère leur qualité de vie. Nous avons rencontré 12 personnes en bonne santé, âgées de 78 à 95 ans, se plaignant de difficultés pour avaler. Nos entretiens avec ces personnes nous ont permis d'apprécier leur plainte, le vécu de leurs difficultés et éventuellement le vécu de leur entourage. Ceci nous a permis de réfléchir sur la place de l'orthophonie en cas de presbyphagie.

Mots-clés : presbyphagie – vieillissement – vécu – orthophonie – entourage

ABSTRACT

This study is about presbyphagia which is the term used to describe swallowing difficulty associated with aging. Although age does not have any significant impact on the swallowing function, some elderly people report difficulties. We wanted to evaluate the impact of such problems on their quality of life. To achieve this, we have interviewed 12 healthy elderlies, aged between 78 and 95 years, complaining about swallowing difficulties so as to assess the difficulties they reported, the way they were coping with them and, when possible, the perception their families and friends had of their problems. This allowed us to reflect on the help that may be provided by speech therapists.

Key-words: presbyphagia – aging – perception of the problem - speech therapy - family

- 99 pages + 11 pages d'annexes
- 1 CD contenant le DHI, la transcription des questionnaires-entretiens des sujets, les questionnaires destinés à un proche du sujet
- 98 références bibliographiques

