



HAL
open science

La dysphagie en milieu hospitalier gériatrique : importance du partenariat orthophoniste - personnel soignant

Charline Briand

► To cite this version:

Charline Briand. La dysphagie en milieu hospitalier gériatrique : importance du partenariat orthophoniste - personnel soignant. Sciences cognitives. 2014. dumas-01077375

HAL Id: dumas-01077375

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01077375>

Submitted on 2 Nov 2015

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

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

ACADÉMIE DE PARIS

UNIVERSITÉ PARIS VI PIERRE et MARIE CURIE

MÉMOIRE POUR LE CERTIFICAT DE CAPACITÉ D'ORTHOPHONISTE

**LA DYSPHAGIE EN MILIEU HOSPITALIER GÉRIATRIQUE :
IMPORTANCE DU PARTENARIAT
ORTHOPHONISTE - PERSONNEL SOIGNANT.**

DIRECTRICE DE MÉMOIRE

Mme Florence Marquis-Buissonnier, orthophoniste

ANNÉE UNIVERSITAIRE 2013/2014

Charline BRIAND

Née le 23/07/1989

REMERCIEMENTS

Je souhaite adresser tous mes remerciements aux personnes qui m'ont apporté leur aide et qui ont contribué à l'élaboration de ce mémoire.

Merci à ma maîtresse de mémoire, Madame Marquis, pour sa patience, sa confiance et ses conseils avisés.

Merci également au Dr Gallinari et à tous les membres de son service pour leur accueil et leur implication dans mon étude.

Merci à mes maîtres de stage qui auront été des jalons dans la découverte de l'orthophonie mais surtout des rencontres humaines si enrichissantes.

Merci enfin à tous mes proches qui m'auront accompagnée et soutenue tout au long de ma formation.

Plus particulièrement, merci à mes parents, qui m'ont offert à la fois des racines et des ailes, Merci à Fr. pour son temps et son énergie si généreusement offerts, Merci à Fl. pour sa présence apaisante en toutes circonstances, Merci à H. qui sait trouver les mots qui me manquent, qui sait trouver les mots, Merci à A-L. et G. pour qui le mot « amitié » n'est désormais plus suffisant.

Engagement de non plagiat

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

TABLE DES MATIÈRES

INTRODUCTION	1
PARTIE THÉORIQUE	2
<u>I- Déglutir : un acte complexe</u>	2
<u>A- Les rappels anatomiques</u>	2
<i>1- La dynamique labio-jugale</i>	2
<i>2- La dynamique mandibulaire</i>	2
<i>3- La dynamique linguale</i>	3
<i>4- La dynamique vélaire</i>	4
<i>5- La dynamique pharyngée</i>	4
<i>6- La dynamique laryngée</i>	5
<u>B- La physiologie de la déglutition</u>	5
<i>1- La phase orale préparatoire</i>	6
<i>2- La phase orale proprement dite</i>	6
<i>3- La phase pharyngo-laryngée</i>	7
<i>3.1- Les mécanismes propulseurs</i>	7
<i>3.2- Les mécanismes protecteurs</i>	7
<i>4- La phase oesophagienne</i>	8
<u>C- Le contrôle neurologique de la déglutition</u>	8
<i>1- Le tronc cérébral</i>	9
<i>1.1- Le noyau du tractus solitaire</i>	9

1.2- <i>Le noyau ambigu</i>	9
2- <i>Les afférences sensorielles impliquées dans la déglutition</i>	9
2.1- <i>Les nerfs afférents périphériques</i>	9
2.2- <i>Les récepteurs sensoriels</i>	9
3- <i>L'encéphale</i>	9
<u>II- Déglutir : un acte parfois problématique</u>	10
<u>A- La dysphagie</u>	10
a- Définition	10
b- Les fausses routes	10
1- <i>Définition</i>	10
2- <i>Les différents types de fausses routes</i>	10
2.1- <i>Les fausses routes avant le déclenchement du temps pharyngé</i>	10
2.2- <i>Les fausses routes pendant le déclenchement du temps pharyngé</i>	11
2.3- <i>Les fausses routes après le déclenchement du temps pharyngé</i>	11
2.4- <i>Les fausses routes silencieuses</i>	11
c- Les retentissements de la dysphagie	12
1- <i>Les conséquences nutritionnelles</i>	12
1.1- <i>La dénutrition</i>	12
1.2- <i>La déshydratation</i>	13
2- <i>Les conséquences respiratoires</i>	13
3- <i>Les conséquences sociales et émotionnelles</i>	13
<u>B- Le cas particulier de la presbyphagie</u>	13
a- Définition	13

b- Le vieillissement de la déglutition	14
<i>1- Le vieillissement musculaire</i>	14
<i>2- Le vieillissement mécanique</i>	14
<i>3- Le vieillissement neurologique</i>	15
<i>3.1- La sensibilité</i>	15
<i>3.2- La proprioception</i>	15
<i>4- Le vieillissement des capacités cognitives</i>	15
<i>5- Vieillesse et posture</i>	15
c- Prévalence et étiologie	16
<i>1- La prévalence des troubles de la déglutition</i>	16
<i>2- Les causes de dysphagie de la personne âgée et les facteurs de risques</i>	16
d- Symptomatologie	16
<i>1- Les symptômes spécifiques</i>	16
<i>2- Les symptômes non spécifiques</i>	17
<u>III- La prise en charge de la déglutition</u>	17
<u>A- Le bilan de la déglutition</u>	17
a- L'interrogatoire	18
b- L'évaluation clinique	18
c- L'évaluation fonctionnelle	18
<u>B- La prise en charge</u>	19
a- Les stratégies d'adaptation et de compensation	20
<i>1- L'adaptation environnementale</i>	20
<i>2- Les postures</i>	20

<i>3- L'installation de l'aidant</i>	20
<i>4- L'adaptation des aliments et boissons</i>	21
<i>4.1- Les aliments</i>	21
<i>4.2- Les boissons</i>	21
<i>5- L'hygiène bucco-dentaire</i>	21
<i>6- Les fiches de conseils personnalisés</i>	22
b- La rééducation « classique »	22
<i>1- Les manœuvres de déglutition</i>	22
<i>2- Les praxies bucco-faciales</i>	22
<i>3- Stimulations sur différentes textures</i>	23
<i>4- Coordination pneumophonique</i>	23
<u>IV- Les spécificités d'une prise en charge en milieu hospitalier</u>	
<u>gériatrique</u>	23
<u>A- La place de l'alimentation en milieu hospitalier gériatrique</u>	23
a- L'alimentation : un besoin fondamental	23
b- L'alimentation : un acte médicalisé	23
c- L'alimentation : un plaisir à préserver	24
<u>B- Le personnel hospitalier entourant le patient dysphagique</u>	24
a- Le médecin	24
b- L'orthophoniste	25
c- Le diététicien	26
d- L'ergothérapeute	26
e- Les infirmiers	26

f- Les aides-soignants et les ASH	27
<i>1- Les aides-soignants</i>	<i>27</i>
<i>2- Les ASH</i>	<i>27</i>
g- Le kinésithérapeute	28
h- Le psychologue	28
<u>C- La notion de travail en équipe en gériatrie</u>	28
a- Comment définir le « travail en équipe »	28
<i>1- La multidisciplinarité</i>	<i>29</i>
<i>2- L'interdisciplinarité</i>	<i>29</i>
<i>3- La transdisciplinarité</i>	<i>29</i>
b- Les possibilités de partenariat entre orthophonistes et personnel soignant	30
<i>1- La formation des équipes</i>	<i>30</i>
<i>2- Le partage des informations</i>	<i>30</i>
<i>2.1- Les transmissions</i>	<i>31</i>
<i>2.2- La fiche de conseils alimentaires personnalisés</i>	<i>31</i>
<i>2.3- L'affichage en chambre</i>	<i>31</i>
PROBLÉMATIQUE ET HYPOTHÈSE	32
PARTIE PRATIQUE	33
<u>I- Méthodologie</u>	33
<u>A- Contexte</u>	33
<u>B- Population</u>	33

a- Critères d'inclusion	33
<i>1- Âge : supérieur ou égal à 75 ans</i>	33
<i>2- Plainte : observation de troubles de la déglutition, de fausses routes</i>	34
b- Critères d'exclusion	34
<i>1- MMS inférieur à 18</i>	34
<i>2- Présence de troubles majeurs du comportement</i>	34
<u>C- Sélection de la population de l'étude</u>	34
<u>D- Description du protocole</u>	35
a- Bilan initial et bilan final	35
<i>1- Enjeux du bilan initial</i>	35
<i>2- Déroulement du bilan</i>	35
<i>2.1- L'interrogatoire</i>	36
<i>2.2- L'évaluation clinique</i>	36
<i>2.3- L'évaluation fonctionnelle</i>	37
<i>3- Enjeux du bilan final</i>	38
b- Protocole de prise en charge des patients	39
<i>1- Organisation au sein du service</i>	39
<i>2- Déroulement des prises en charge</i>	39
<i>2.1- La prise en charge orthophonique</i>	39
<i>2.2- Prise en charge orthophonique isolée VS prise en charge pluridisciplinaire</i>	41
<u>E- A propos des questionnaires</u>	42
<u>II- Analyse des résultats</u>	44

DISCUSSION	54
<u>I- Récapitulatif des résultats</u>	54
<u>II- Discussion des résultats et limites de l'étude</u>	55
<u>III- Apports pour l'orthophonie</u>	56
<u>A- Intérêt de la pluridisciplinarité</u>	56
<u>B- Importance du rôle de guidance auprès du personnel soignant</u>	57
<u>IV- Ouvertures, évolutions et perspectives envisageables</u>	57
CONCLUSION	59

BIBLIOGRAPHIE

ANNEXES

annexe A

Présentation des patients

annexe B

Bilan orthophonique de déglutition

annexe C

Fiche de conseils alimentaires personnalisés (Mme T.)

annexe D

Questionnaire

LISTE DES FIGURES ET TABLEAUX

Évolution du poids des patients au cours de l'étude	45
Évolution du poids des ingesta	46
Étude de cas n°1 : évolution dans le temps du ressenti face au trouble de la déglutition	46
Étude de cas n°2 : évolution dans le temps du ressenti face au trouble de la déglutition	47
Étude de cas n°3 : évolution dans le temps du ressenti face au trouble de la déglutition	48
Évolution de la répartition des textures au sein de l'échantillon 1	49
Évolution de la répartition des textures au sein de l'échantillon 2	49
Évolution de la répartition des types de boisson au sein de l'échantillon 1	50
Evolution de la répartition des types de boisson au sein de l'échantillon 2	50
Histogrammes résumant les réponses sur les propriétés facilitatrices relatives aux liquides/solides	51
Histogramme résumant les réponses Sur la nature des échanges avec l'orthophoniste	52
Histogramme résumant les réponses Sur le type de ressenti des soignants au moment du repas	52

INTRODUCTION

La prégnance des troubles de la déglutition dans la population âgée, et plus particulièrement dans la population gériatrique hospitalisée, est un fait avéré et reconnu. Il s'agit donc d'une problématique qui revêt une importance particulière et qui doit être portée à l'attention de chacun des professionnels entourant un patient dysphagique. En effet, la qualité de vie de la personne âgée hospitalisée dépend, pour une part non négligeable, de sa bonne alimentation et de sa bonne hydratation.

Bien que fréquemment rencontrés, il apparaît toutefois que les troubles de la déglutition sont source de questionnements, voire d'anxiété de la part des patients mais également de leurs soignants. Optimiser la prise en charge de la dysphagie constitue donc un enjeu essentiel afin d'améliorer la qualité de vie du patient dans une considération plus globale. C'est dans cette optique que l'orthophoniste, grâce à ses connaissances et à ses compétences dans le domaine de la déglutition, peut trouver une place tout à fait pertinente. Reste à déterminer de quelle manière son intervention est la plus efficace et la plus aidante, tant pour le patient lui-même que pour le réseau de professionnels dans lequel elle s'inscrit.

Ce mémoire a donc pour vocation d'éclaircir le rôle que peut jouer l'orthophoniste auprès des patients et du personnel soignant lorsqu'il s'agit de troubles de la déglutition. Deux pôles se dégagent dans l'étude proposée. Le premier, primordial et dominant dans ce travail, est une étude comparative de deux types de prise en charge de patients dysphagiques. La comparaison a pour objectif de définir l'impact d'un partenariat entre l'orthophoniste et le personnel soignant. En effet, un thérapeute ne peut agir isolément ; unir nos compétences est la condition essentielle qui conférera toute sa valeur à une prise en charge en gériatrie. Le deuxième pôle, dont il sera fait mention plus rapidement, consiste en un état des lieux de la formation reçue par les infirmiers et les aides-soignants sur ce sujet, de leur pratique et de leurs besoins.

« Le plaisir de la table est la sensation réfléchie qui naît de diverses circonstances de faits, de lieux, de choses et de personnes qui accompagnent le repas. »

Anthelme Brillat-Savarin

A nous, thérapeutes, de faire notre possible pour que manger rime bien plus avec sérénité qu'avec nécessité.

PARTIE THEORIQUE

I- Déglutir : un acte complexe

La déglutition est le phénomène par lequel les aliments cheminent de la cavité buccale jusqu'à l'estomac. C'est donc un acte d'une grande complexité car il met en jeu de nombreuses structures anatomiques. L'intégrité mais également la synergie de ces structures sont indispensables afin d'obtenir un geste optimal. Ainsi, avant de décrire les pathologies pouvant entraver une bonne déglutition, il semble nécessaire d'effectuer un rappel de l'anatomie et de la physiologie des organes qui y concourent.

A- Les rappels anatomiques [22] [43]

1- La dynamique labio-jugale

Deux muscles sont particulièrement importants dans cette dynamique :

- l'orbiculaire des lèvres constitué, notamment, de quatre faisceaux musculaires qui entourent les lèvres ; celui-ci assure une occlusion labiale efficace.

- le buccinateur situé à la partie profonde de la joue ; il a un rôle essentiel dans la mastication.

Ces deux muscles agissent en synergie l'un avec l'autre mais, également, avec d'autres muscles de la face. De leur « intrication » résulte un réseau musculaire que l'on appelle « la sangle labio-jugale ». « *Au niveau du temps de transport oral, la sangle labio-jugale oppose une tension musculaire proportionnelle à la pression intraorale développée au moment de la propulsion du bolus.* » (Woissard-Bassols et coll., 2011 [43]).

Tous ces muscles ont une innervation commune : le nerf facial, septième paire crânienne.

2- La dynamique mandibulaire

Grâce à deux groupes principaux de muscles, cette dynamique joue un rôle fondamental dans l'ouverture et la fermeture de la bouche. L'ouverture de la bouche est assurée par les muscles abaisseurs de la mandibule qui font partie des muscles du plancher buccal. La

fermeture de la bouche, quant à elle, est assurée par les muscles élévateurs appartenant aux muscles masticateurs. Ces muscles masticateurs permettent également des mouvements antéropostérieurs et de diduction (translation latérale) et sont innervés par le nerf mandibulaire V₃. Quant aux muscles du plancher buccal, ils appartiennent aux muscles sushyoïdiens et sont situés entre la mandibule et l'os hyoïde. Ils permettent aussi le placage de la langue sur le palais dur au moment du temps oral et la montée du larynx au moment du temps pharyngé. Ils sont innervés par le nerf hypoglosse, une branche du nerf mandibulaire ainsi qu'une branche du VII.

3- La dynamique linguale

La langue est composée de dix-sept muscles que l'on peut scinder en deux groupes selon leurs points d'insertion : les muscles intrinsèques et les muscles extrinsèques. Sur le plan morphologique, la langue est séparée en deux par ce que l'on appelle le « V lingual » mais, sur le plan fonctionnel, on distingue en réalité trois parties :

- la partie antérieure qui s'appuie progressivement d'avant en arrière pour la propulsion du bol alimentaire,

- la partie moyenne ou arrière qui, d'abord en contact avec le palais mou, se déforme ensuite pour laisser passer le bol alimentaire dans le pharynx,

- la partie postéro-inférieure ou base de langue qui réalise un mouvement de recul lorsque les aliments passent dans le pharynx ; ce mouvement est associé à l'action des muscles du pharynx.

La langue possède une triple innervation :

- l'innervation motrice assurée par le nerf hypoglosse XII,

- l'innervation sensitive assurée par une branche du nerf trijumeau V₃ et par le nerf hypoglosse,

- l'innervation sensorielle gustative assurée par une branche du nerf facial VII et par le nerf glossopharyngien IX.

4- La dynamique vélaire

Le voile du palais est composé de cinq paires de muscles. Tous ont une insertion sur l'aponévrose palatine. Ils permettent deux types d'occlusions :

- l'occlusion vélo-linguale qui assure la nécessaire étanchéité de la cavité buccale en arrière au début du temps oral et pendant toute la durée de la mastication ; elle se fait sous l'action du muscle palatoglosse qui abaisse le voile du palais en élevant la partie arrière de la langue.

- l'occlusion vélo-pharyngée qui évite d'éventuelles fuites du bolus vers la cavité nasale pendant la fin du temps oral et l'ensemble du temps pharyngé ; elle met en jeu les muscles palatopharyngiens, les muscles tenseurs du voile et le constricteur supérieur du pharynx. Leur action permet l'accolement du voile du palais contre la paroi pharyngée postérieure.

Le muscle palatoglosse est innervé par le nerf hypoglosse XII. Les muscles palatopharyngiens, élévateurs et uvulaires sont innervés par les nerfs glossopharyngien IX et vague X. Les tenseurs du voile sont innervés par une branche du nerf mandibulaire V.

5- La dynamique pharyngée

Le pharynx est divisé en trois parties :

- le rhinopharynx situé en arrière des fosses nasales ; l'occlusion vélo-pharyngée l'exclut de la déglutition normale lors du temps oral.

- l'oropharynx situé en arrière de la cavité orale ; il est limité en avant par l'isthme du gosier, en haut par la projection du bord du voile du palais une fois relevé sur la paroi pharyngée postérieure, en bas par le bord de l'épiglotte et sa projection sur la paroi pharyngée postérieure. Il comprend la base de langue, la vallécule et la face linguale de l'épiglotte.

- l'hypopharynx qui encercle latéralement et en arrière le larynx ; en forme d'entonnoir, sa partie inférieure est en continuité avec l'œsophage. On y trouve notamment les sinus piriformes.

Le pharynx est composé de deux groupes de muscles :

- les muscles constricteurs supérieur, moyen et inférieur ; par leur contraction progressive du haut vers le bas, appelée « le péristaltisme pharyngé », ils entraînent les aliments vers l'oesophage.

- les muscles élévateurs qui sont notamment responsables de l'élévation du pharynx et du larynx mais aussi de l'ouverture de la trompe auditive lors de la déglutition.

Les muscles constricteurs sont innervés par le plexus pharyngien formé de branches des neuvième et dixième paires crâniennes : nerf glossopharyngien et nerf vague. Les muscles élévateurs sont innervés par le plexus pharyngien et un rameau du nerf glossopharyngien.

6- La dynamique laryngée

C'est au niveau du larynx que sont assurées les fonctions de phonation et de protection des voies aériennes. Trois plans le constituent : le plan sous-glottique, le plan sus-glottique et le plan glottique qui sépare les deux précédents et qui comprend principalement les plis vocaux. De nombreux muscles le composent, répartis en deux groupes : les muscles intrinsèques qui participent à la fermeture du larynx et les muscles extrinsèques qui l'amènent en haut et en avant, contribuant ainsi à une meilleure protection des voies aériennes.

Les muscles intrinsèques sont innervés par une branche du nerf pneumogastrique X. Les muscles extrinsèques le sont par les nerfs trijumeau V₃, facial VII, hypoglosse XII et par des nerfs spinaux cervicaux (C1 et C3).

B- La physiologie de la déglutition [8] [9] [43]

La grande majorité des auteurs s'accordent sur une division de l'acte de déglutition en trois phases successives et parfaitement coordonnées entre elles : les phases orale, pharyngée et oesophagienne. A ces trois phases, on peut en ajouter une quatrième. En effet, toute déglutition est précédée d'une phase préparatoire.

1- La phase orale préparatoire

Cette étape préliminaire à la phase orale va permettre de préparer le bolus et de donner aux aliments des propriétés physico-chimiques appropriées à une bonne déglutition. Pour arriver à cela, plusieurs actions coexistent :

- la préhension buccale ; la nourriture doit être placée dans la cavité buccale. Elle fait intervenir des capacités praxiques, visuo-motrices, une certaine intégrité des capacités cognitives...

- la contention buccale ; la nourriture doit être maintenue dans la cavité buccale. Deux sphincters concourent à cette contention : le sphincter postérieur qui met en jeu la dynamique vélaire, le sphincter antérieur qui, lui, met en jeu la dynamique labio-jugale.

- une action mécanique de broyage et de malaxage, dans le cas d'aliments solides ou semi-solides. Seule une contention buccale opérationnelle rend possible cette action. Les aliments sont amenés aux dents grâce aux mouvements des lèvres, des joues, de la langue et de la mandibule. Sont à noter, également, l'importance de l'intégrité des glandes salivaires et un bon état bucco-dentaire.

- un mélange avec la salive qui, du fait de sa composition, a plusieurs fonctions. En effet, la salive aide à protéger l'émail, à amorcer la digestion, à agir contre les agents pathogènes et assure une capacité cohésive et lubrifiante.

Cette phase orale préparatoire est essentiellement volontaire et très variable en durée selon les goûts, l'environnement, la faim, la motivation et la conscience sociale.

2- La phase orale proprement dite

Ce temps correspond à la rétroimpulsion du bolus alimentaire correctement conditionné vers l'oropharynx avant l'initialisation du temps pharyngien. Cela se traduit par une activité musculaire très intense. C'est une phase volontaire. Après la phase de préparation, le bolus est rassemblé sur la face dorsale de la langue en une masse unique et le transport vers le pharynx correspond au temps oral proprement dit. La bouche est fermée, la mandibule est fixée, la pointe de la langue se relève et s'applique contre la crête alvéolaire des incisives supérieures. Le bol alimentaire est déplacé vers l'arrière par la langue mobile qui s'applique progressivement sur le palais d'avant en arrière. Il glisse alors sur la langue qui forme une

dépression. 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. Cette fermeture prévient la pénétration d'aliments dans le pharynx alors qu'il est encore ouvert.

La phase orale se termine au moment où le bolus franchit les piliers du voile et la phase pharyngée réflexe prend le relais. Ce temps peut durer une seconde sans caractère pathologique et n'est pas un préalable indispensable au temps pharyngé.

3- La phase pharyngo-laryngée

Cette étape représente le temps le plus crucial du phénomène de déglutition. En effet, il s'agit d'amener le bol alimentaire vers la lumière de l'oesophage, tout en assurant la protection des voies aériennes. Les fausses routes sont un risque majeur au moment du passage du carrefour aérodigestif. Une traversée de ce carrefour nécessite donc une coordination optimale de plusieurs événements musculaires. Involontaire et réflexe, cette phase est initiée par le contact du bolus avec les récepteurs sensitifs de plusieurs structures : partie postérieure de la langue, piliers du voile, parois latérales et postérieures de l'oropharynx, paroi postérieure de la margelle laryngée (zone réflexogène de Wassileff). S'ensuit alors un ensemble de processus que l'on peut catégoriser en mécanismes propulseurs et mécanismes protecteurs.

3.1- Les mécanismes propulseurs

Ils engendrent deux types de pression que va subir le bol alimentaire. La première pression correspond à ce que l'on appelle « le coup de piston lingual ». La langue se rétracte entre les piliers du voile pour empêcher un retour endobuccal du bol alimentaire. Le recul de la base de langue est complet quand celle-ci vient au contact de la paroi pharyngée postérieure. La deuxième est assurée par la contraction des muscles constricteurs du pharynx, entraînant ainsi une onde péristaltique.

3.2- Les mécanismes protecteurs

Ils permettent d'assurer la protection des voies respiratoires par différents processus :

- l'inhibition des centres respiratoires, c'est-à-dire l'exclusion des voies respiratoires assurée, en premier lieu, par l'inhibition respiratoire centrale ; c'est « l'apnée

de déglutition ». Elle se déclenche à la fin du temps buccal et est immédiatement suivie d'une expiration qui serait, elle aussi, protectrice.

- l'occlusion glottique qui est la première action musculaire de la phase pharyngienne,

- l'ascension laryngée, un des mécanismes protecteurs les plus efficaces. Combinée au mouvement du recul de la base de langue, elle est alors à son maximum. Ce processus est grandement influencé par la stature cervico-céphalique.

- la bascule de l'épiglotte sur le vestibule laryngé (ou, plus précisément, sur les cartilages aryténoïdes) qui facilite la descente du bolus dans les sinus piriformes et protège les voies aériennes. Mais c'est surtout l'intégrité et la fonctionnalité de l'unité aryténoïdienne qui a une fonction déterminante dans la protection des voies respiratoires.

4- La phase oesophagienne

La phase pharyngée se termine par la relaxation du muscle cricopharyngien permettant le passage du bolus dans l'oesophage. Le sphincter supérieur de l'oesophage (SSO) a un tonus permanent et ne s'ouvre qu'à la déglutition. L'ouverture de la bouche oesophagienne résulte de la relaxation musculaire et de l'ascension du larynx qui décolle le cricoïde de la paroi pharyngée postérieure. Cette ascension antérieure permet aussi de diriger préférentiellement le bol alimentaire vers l'entonnoir hypopharyngé et le SSO.

C- Le contrôle neurologique de la déglutition [9] [43]

Tous les processus entrant en jeu dans l'acte de déglutition sont contrôlés et coordonnés par plusieurs centres nerveux dont les plus importants sont le tronc cérébral et le cortex cérébral. Ces centres reçoivent les informations concernant le déroulement de la déglutition grâce aux afférences nerveuses sensibles et, en fonction de ces informations, proposent des actions correctrices grâce aux efférences nerveuses motrices et autonomes. De plus, ils sont en relation avec d'autres centres tels que les centres respiratoires et phonatoires mais aussi cognitifs (notion de faim, d'appétit), émotionnels (anorexie, boulimie, syndrome maniaco-dépressif...), digestifs et vomitifs.

1- Le tronc cérébral

Le noyau du tractus solitaire et le noyau ambigu sont les deux structures du tronc cérébral essentielles au contrôle de la déglutition.

1.1- Le noyau du tractus solitaire

C'est à son niveau que sont réceptionnées et intégrées les informations sensibles en provenance du pharynx mais aussi des régions du cortex cérébral impliquées dans le déclenchement de la déglutition.

1.2- Le noyau ambigu

C'est le point de départ des efférentations motrices vers les nerfs des paires crâniennes.

2- Les afférences sensorielles impliquées dans la déglutition

2.1- Les nerfs afférents périphériques

Les nerfs laryngé supérieur et glosso-pharyngien ont un rôle essentiel dans l'initiation et le contrôle de la déglutition.

2.2- Les récepteurs sensoriels

Plusieurs types de récepteurs sont impliqués dans le phénomène de déglutition: les mécanorécepteurs, les thermorécepteurs et les chemorécepteurs. Les mécanorécepteurs sont présents au niveau de la cavité buccale où ils sont sensibles à la pression des aliments et du larynx où ils sont sensibles au passage des liquides plutôt qu'à une pression des aliments. Le rôle des thermorécepteurs et des chemorécepteurs est, quant à lui, encore peu connu.

3- L'encéphale

Le contrôle volontaire de la déglutition est assuré par le cortex moteur, en particulier les cortex frontal et pré-frontal. Ces zones permettent en effet de déclencher ou, au contraire, d'inhiber une déglutition. A noter que les régions corticales impliquées dans la déglutition sont représentées et se projettent de façon bilatérale sur les noyaux du tronc cérébral.

II- Déglutir : un acte parfois problématique

A- La dysphagie

a- Définition [4] [43]

Lorsque la déglutition normale décrite précédemment est perturbée, on parle de « dysphagie ». De nombreux auteurs ont donné une définition au terme de « dysphagie » ; nous retiendrons la suivante : « *Pour ce qui concerne les troubles acquis (atteintes d'origine neurologique, séquelles de chirurgie cervico-faciale), on parle de dysphagie, ce terme désignant l'incapacité temporaire ou permanente, partielle ou totale, d'avalier par la bouche les aliments ou liquides servant à l'alimentation.* » (Brin, 2006 [4])

b- Les fausses routes

1- Définition [4] [43]

La fausse route alimentaire est « *un phénomène de déglutition anormale durant lequel le bol alimentaire est conduit en partie ou non dans les voies aériennes supérieures au lieu de poursuivre sa course vers l'œsophage.* » (Brin, 2006 [4])

Toutefois, cette définition varie selon les auteurs. Pour nombre d'entre eux, on ne parle de « fausse route » que dans la situation où le bolus traverse le plan glottique pour atteindre les voies aériennes. Dans le cas où celui-ci reste au niveau pharyngé ou laryngé, on emploie plutôt le terme de « pénétration ». La pénétration laryngée devient fausse route trachéale lorsque les mécanismes protecteurs du larynx ne jouent plus leur rôle.

Les fausses routes peuvent se produire avant, pendant ou après le déclenchement du temps pharyngé. C'est en s'appuyant sur cette constatation que leur classification a été établie.

2- Les différents types de fausses routes [5] [22] [43]

2.1- Les fausses routes avant le déclenchement du temps pharyngé

On parle de « fausses routes avant » lorsque le bolus arrive dans le pharynx alors que les voies aériennes, encore ouvertes, ne sont pas protégées. Ce type de fausses routes est la résultante d'un réflexe de déglutition défaillant qui est soit retardé, soit absent. Il y a donc un risque majeur s'il y a une petite fuite au moment de la mastication. De même, en cas de

déficit d'une des structures, des résidus peuvent stagner dans les commissures gingivales. Or, ceux-ci pourront être expulsés plus tard en arrière vers les voies respiratoires.

Aucune compensation, que ce soit de posture ou de texture, ne permet de pallier une aréflexie (absence de réflexe). En revanche, des solutions existent dans le cas où le réflexe est retardé. Il s'agit alors de ralentir la progression du bol alimentaire dans le pharynx afin de laisser aux mécanismes protecteurs le temps nécessaire à leur mise en œuvre. On peut ainsi proposer un épaississement des liquides, choisir un bolus présentant des propriétés stimulantes.

2.2- Les fausses routes pendant le déclenchement du temps pharyngé

Si la fermeture laryngée n'est pas assurée, le bolus pénètre dans le larynx. A ce défaut de fermeture s'ajoute parfois une déficience des mécanismes d'expulsion (toux), le bolus atteindra alors les voies aériennes inférieures. On est dans le cas d'une fausse route trachéale. Dans une telle situation, différentes postures de sécurité ou des manœuvres de déglutition diverses peuvent être envisagées pour éviter, autant que possible, les fausses routes.

2.3- Les fausses routes après le déclenchement du temps pharyngé

Ces fausses routes ont pour origine soit un défaut de transport pharyngé (défaut de recul de la base de langue ou défaut de propulsion linguale) soit un dysfonctionnement du SSO. Des résidus alimentaires peuvent alors stagner au-dessus du larynx ; c'est ce qu'on appelle des « stases ». Celles-ci pourront être inhalées juste après la déglutition (au moment de la reprise inspiratoire) ou plus à distance (par débordement de cette stase). Cette pénétration du bolus dans le larynx deviendra une fausse route trachéale en l'absence d'une toux efficace. Des manœuvres, tels que la déglutition multiple ou un maintien de la position assise après le repas, pourront être mises en place pour prévenir les fausses routes.

2.4- Les fausses routes silencieuses [5] [11]

Elles ne rentrent pas dans cette classification mais elles sont si fréquentes que leur description est incontournable, d'autant plus qu'elles sont méconnues par le personnel soignant. Elles sont dites « silencieuses » car elles ne donnent pas lieu à une toux. En effet, le réflexe tussigène est très altéré ou aboli. Cela constitue donc un danger important car

elles sont difficilement détectables aussi bien par le patient lui-même que par le personnel soignant.

c- Les retentissements de la dysphagie

« Les troubles de la déglutition peuvent placer le sujet en situation de risque vital et ont pour complications potentielles les infections respiratoires, la dénutrition et la déshydratation et une baisse de qualité de vie ou de fin de vie ; les troubles de la déglutition peuvent avoir des conséquences graves chez le sujet âgé fragile. » (Ruglio, 2013 [35]) Toutefois, les répercussions de la dysphagie vont bien au-delà du domaine physique. Les complications qui affectent les domaines émotionnel et social ne sauraient être négligées. Si le trouble de la déglutition n'est pas correctement pris en charge, il pourra engendrer dépression, isolement social. La qualité de vie du patient s'en trouve donc d'autant plus dégradée. (Finiels et coll., 2001 [12])

1- Les conséquences nutritionnelles

Lorsque l'on évoque la dysphagie, la première conséquence qui nous vient en tête spontanément est la diminution des apports nutritionnels (dénutrition) et hydriques (déshydratation).

1.1- La dénutrition [13] [43]

Le lien, qui nous semble si évident, entre la dysphagie et la diminution des apports nutritionnels n'a pourtant donné lieu qu'à très peu d'études et ne peut donc être affirmé de façon formelle. Certaines d'entre elles ont même démontré que l'existence d'une dénutrition n'est corrélée ni avec le score clinique de sévérité de la dysphagie ni avec la constatation de fausses routes. Cependant, chez les patients résidant dans des services de soins de longue durée, il a été observé une association significative entre dénutrition et dysphagie. En effet, si des difficultés d'alimentation peuvent, à l'évidence, contribuer à la survenue d'une dénutrition, il a aussi été suggéré que les conséquences neuromusculaires de cette dernière pourraient contribuer à l'apparition ou à l'aggravation de troubles de la déglutition. Il semblerait donc plus juste d'inscrire dénutrition et dysphagie dans un rapport réciproque plutôt que dans une relation de cause à conséquence.

1.2- La déshydratation [13]

Le lien précédemment décrit entre dénutrition et dysphagie s'applique également à la problématique de la déshydratation. En effet, « *Un état de déshydratation est, quant à lui, susceptible de perturber le processus de la déglutition en raison de ses conséquences tant générales (baisse du niveau de conscience) que locales (altération des propriétés des muqueuses oro-pharyngées).* » (Finiels et coll., 2001 [13])

2- Les conséquences respiratoires [13] [26]

Deux types de conséquences respiratoires, aiguë et subaiguë (ou chronique), sont observables chez un patient présentant une dysphagie. La complication respiratoire aiguë correspond à l'étouffement dû à l'inhalation d'un corps étranger. Cette situation est génératrice d'anxiété tant pour le personnel soignant que pour le patient car le pronostic vital de ce dernier est immédiatement engagé. La maîtrise de la manœuvre de Heimlich est donc essentielle afin de pouvoir faire face, dans l'urgence, à ce danger majeur. La complication respiratoire subaiguë ou chronique correspond, quant à elle, à la pneumopathie d'inhalation. C'est le principal risque dans le cas d'un trouble de la déglutition.

3- Les conséquences sociales et émotionnelles [12] [18]

La dysphagie n'est pas sans conséquence sur la qualité de vie du patient. En effet, les repas qui « *constituent normalement un moment privilégié de plaisir et d'interaction sociale* » peuvent devenir des « *espaces de souffrance, de danger et d'humiliation.* » (Jacquot et coll., 2001 [18]) Perte du plaisir de manger et de boire, anxiété, gêne sociale..., tous ces ressentis constituent des obstacles contrariant la prise alimentaire du patient. Ils peuvent même mener à un isolement. (Finiels et coll., 2001 [12])

B- Le cas particulier de la presbyphagie

a- Définition [20]

La presbyphagie est définie par Logemann comme « *l'ensemble des effets du processus de vieillissement sur le mécanisme de déglutition.* » (Logemann, 2007 [20])

b- Le vieillissement de la déglutition

La déglutition, phénomène complexe s'il en est, fait appel à de nombreuses structures qui sont soumises aux altérations dues au vieillissement. Chez une personne âgée « saine », ces modifications sont compensées et, par conséquent, la déglutition ne s'en trouve pas nécessairement altérée. Cependant, chez des patients hospitalisés qui sont généralement fragilisés, différents facteurs de risques s'additionnent parfois et contrarient cette compensation physiologique. (Ruglio, 2013 [35]) C'est alors que peut survenir une dysphagie. Ce vieillissement de la déglutition est à la fois musculaire, mécanique et neurologique. (Schweizer, 2010 [38])

1- Le vieillissement musculaire [11] [13] [26] [43]

Pour que la déglutition soit opérante, il est nécessaire, bien sûr, que les structures oro-faciales, pharyngées, laryngées et oesophagiennes soient intègres et fonctionnelles. Mais ces structures ne suffisent pas, à elles seules, à garantir l'acte alimentaire. Les membres, la stature cervico-céphalique et le tronc y contribuent également de manière essentielle. Lors du vieillissement, on constate une dégradation plus ou moins importante des capacités motrices, tant sur le plan de la force que du tonus ou de la coordination. Cela peut donc générer des troubles praxiques qui perturbent le geste d'amener la nourriture à la bouche. Le temps buccal est lui aussi altéré : l'atrophie musculaire touche les muscles de la langue, des lèvres, du voile ainsi que les muscles masticateurs. La préparation du bol alimentaire est alors moins bonne. Les sphincters antérieur et postérieur assurant la contention buccale deviennent moins efficaces. Enfin, la toux peut être moins efficace mais c'est une notion discutée.

2- Le vieillissement mécanique [5] [13] [28]

Chez les personnes âgées, la denture est la plupart du temps modifiée. L'action de broyage et de malaxage des aliments n'est plus aussi aisée, et ce, malgré la pose de prothèses dentaires ou de dentiers. Si ceux-ci sont mal adaptés, usés ou parfois même non portés, l'efficacité de la mastication est diminuée. C'est pourquoi il est recommandé d'y accorder une attention et une vigilance particulières. « *La salivation subit l'influence du vieillissement par des modifications histologiques des glandes et des variations qualitatives et quantitatives de la salive.* » (Pouyssegur et coll., 2001 [28]) La plainte des patients porte généralement sur une sensation de bouche sèche (xérostomie). Toutefois,

plutôt qu'une diminution du flux salivaire (hyposialie), les études tendent à mettre en évidence une modification de la composition de la salive qui devient plus visqueuse. Le vieillissement n'est pas le seul responsable de ces altérations ; nombre de médicaments sont également à incriminer pour cet état de fait.

3- Le vieillissement neurologique

3.1- La sensibilité [16] [40]

« *Le goût et l'odorat permettent d'apprécier la flaveur des aliments et apparaissent comme des facteurs particulièrement importants dans la régulation de la prise alimentaire.* » (Hebuterne et coll., 2008 [16]) Mais ces deux sens, goût et odorat, sont altérés par le vieillissement. Cette altération peut se répercuter sur les habitudes alimentaires de la personne âgée, voire entraîner des troubles du comportement alimentaire (perte de l'envie de manger, exclusion de certains aliments...). De plus, du fait de l'atrophie des papilles gustatives, les seuils de détection des saveurs s'élèvent et la capacité à discriminer l'intensité des goûts diminue.

3.2- La proprioception [39]

La sensibilité des régions buccales, notamment la proprioception linguale, pharyngée et laryngée est diminuée.

4- Le vieillissement des capacités cognitives [35]

Lors d'un repas, les déglutitions successives sont assez coûteuses en énergie. Elles requièrent des capacités cognitives, telles que l'attention et la vigilance. Celles-ci peuvent se révéler difficiles à mobiliser sur toute la durée d'un repas chez un patient âgé qui est plus fatigable. De plus, l'environnement offre des distractions qu'il n'est pas nécessairement en mesure d'inhiber pour se concentrer sur son alimentation. Ce ralentissement cognitif peut également être un frein à la rééducation.

5- Vieillesse et posture [14]

Il est très important de noter que toutes les dynamiques du carrefour aérodigestif ne peuvent être considérées isolément de la posture corporelle, en particulier de la statique céphalique (posture de la tête et du rachis cervical), et de la respiration. En effet, un mauvais positionnement et de mauvaises postures majorent les troubles de la déglutition.

Or, un mauvais positionnement est retrouvé chez 33% des patients de la population gériatrique institutionnalisés, le plus souvent chez ceux qui nécessitent des soins importants et ceux qui présentent des troubles cognitifs sévères.

c- Prévalence et étiologie

1- La prévalence des troubles de la déglutition [19] [26] [37]

« *Les troubles de la déglutition (troubles du passage du bol alimentaire de la bouche au sphincter supérieur de l'oesophage) sont très fréquents et souvent sous-estimés chez le sujet âgé* » (Lesourd, 2006 [19]) La prévalence des troubles de la déglutition en gériatrie est difficile à établir avec précision. Toutefois, on peut avancer que de tels troubles concerneraient un tiers des patients âgés qui sont hospitalisés en unité de court séjour gériatrique et plus de la moitié des résidents de structure de type long séjour. Ils toucheraient aussi 30 % des personnes victimes d'un AVC et 60 à 80 % des patients atteints de maladies neuro-dégénératives (Schoevaerdt, 2013 [37]). Ce sont donc des troubles que l'on retrouve fréquemment dans un contexte d'affections neurologiques.

2- Les causes de dysphagie de la personne âgée et les facteurs de risques [5] [13]

Une hospitalisation au sein d'une unité de long séjour gériatrique, un âge avancé, un contexte de polyopathologies, de polymédication... sont autant de facteurs de risques pour les troubles de la déglutition. On admet donc facilement que la dysphagie chez les personnes âgées n'aurait pas une cause unique mais serait plutôt d'origine multifactorielle. Parmi ces causes, deux grandes catégories d'affections se révèlent gênantes :

- les affections neurodégénératives, à savoir les maladies cérébrovasculaires, les démences, la maladie de Parkinson, les scléroses latérales amyotrophiques (SLA), les scléroses en plaque (SEP)... ,

- les affections de la sphère ORL, tels des tumeurs, un diverticule de Zenker...

d- Symptomatologie [13] [26] [43]

1- Les symptômes spécifiques

Une toux lors de la prise alimentaire, une modification de la voix après la déglutition, un bavage, un reflux des aliments par le nez, des difficultés de mastication, des stases

buccales, une sensation de « blocage » ou une gêne pour avaler sont autant de symptômes considérés comme spécifiques d'un trouble de la déglutition car en rapport direct avec celui-ci.

2- Les symptômes non spécifiques

Un allongement des temps de repas, un refus de certains types d'aliments, une perte pondérale, des infections pulmonaires non expliquées... peuvent présager une éventuelle dysphagie. Ces symptômes sont pourtant bien souvent méconnus ou minimisés. Cette liste de symptômes est, bien entendu, non exhaustive. Seuls les principaux ont été ici cités.

III- La prise en charge orthophonique de la dysphagie

La prise en charge orthophonique d'un trouble de la déglutition doit remplir trois objectifs principaux : [5] [26] [43]

- le premier objectif est d'assurer la sécurité du patient, c'est-à-dire de réduire au maximum les inhalations en lui garantissant une alimentation la plus sécuritaire possible par rapport à sa fonction respiratoire,
- le deuxième objectif, qui concerne la nutrition, est l'optimisation de l'alimentation per os,
- le troisième objectif est d'optimiser la qualité de vie du patient.

Ces trois objectifs s'envisagent de façon équilibrée et ne sauront être abordés séparément.

A- Le bilan de la déglutition [7] [29]

« La démarche d'évaluation lors du bilan orthophonique cible un sujet, se donne des objectifs (faire un bilan d'ensemble, repérer des difficultés, définir une orientation, argumenter une progression), permet un recueil d'informations selon des critères précis, et débouche sur une décision de prise en charge éventuelle. » (Coquet, 2000, p.41 [7])

Normé, validé et reproductible, le bilan constituera la base de notre démarche thérapeutique. Il se déroule en plusieurs étapes : l'interrogatoire, l'évaluation clinique et l'évaluation fonctionnelle.

a- L'interrogatoire [26] [27] [43]

Dans l'interrogatoire, l'anamnèse doit nous permettre de récolter plusieurs données : antécédents du patient, traitements en cours ou antérieurs, facteurs de risques, histoire de la maladie (plainte, ancienneté du trouble, mode d'apparition, caractère permanent/intermittent/évolutif, texture alimentaire ingérée, sévérité, pronostic), symptômes (spécifiques, aspécifiques, associés). Cet interrogatoire sera complété par une évaluation des fonctions supérieures et du statut nutritionnel du patient. Dans le domaine gériatrique, il faut savoir que celui-ci ne sera pas toujours en mesure de nous fournir ces informations. Il sera donc d'autant plus important de multiplier les sources (dossier du patient, questions à l'entourage et au personnel soignant).

b- L'évaluation clinique [27] [43]

L'évaluation clinique comprend un examen général du patient (poids, observation de la posture), une évaluation morphologique (de la face, de la cavité buccale, de l'équilibre céphalique), une évaluation dynamique, une évaluation sensitive et sensorielle, une vérification des mécanismes de protection des voies respiratoires (apnée volontaire, réflexe de toux, raclement).

c- L'évaluation fonctionnelle [27] [43] [44] [45]

L'évaluation fonctionnelle se compose d'épreuves testant les capacités fonctionnelles et la dextérité oro-bucco-faciale, d'essais alimentaires (on choisira les tests les plus adaptés à la population évaluée : 3 Oz Water swallow Test, test à l'eau adapté par M. Guatterie, Timed Test of swallowing capacity...) et d'une observation d'un repas entier. Il est, en effet, indispensable d'étendre l'observation à la totalité du repas. De plus, seule une situation écologique d'alimentation permettra d'apprécier les différents paramètres influençant la déglutition et d'observer d'éventuels signes de dysphagie :

- la fatigabilité (pouvant aller jusqu'à un éventuel essoufflement),
- l'appétit,
- les risques de fausses routes (notamment silencieuses) avec des aliments divers du

fait de leur texture, leur température, leur saveur, leur volume...

- les signes de dysphagie basse, telles que régurgitations, éructations...
- le positionnement, la posture du patient au moment de la prise alimentaire,
- la capacité à utiliser les ustensiles et à porter les aliments à la bouche,
- le contexte environnemental (si le patient parle en mangeant, si la télévision reste allumée...),
- le niveau d'aide à apporter, les stimulations nécessaires, le degré d'autonomie du patient,
- le comportement de l'aidant.

Dans un contexte neuro-gériatrique, on sera particulièrement attentif à :

- l'état bucco-dentaire, à savoir la qualité de la denture, le port d'un dentier ou d'une prothèse...
- l'état respiratoire et les capacités d'expectoration,
- l'état neuro-cognitif (vigilance, compréhension, mémoire, raisonnement, capacité de contrôle mental, conscience du trouble...).

B- La prise en charge

« Après des sujets âgés et a fortiori chez le dément, l'intervention orthophonique spécifique aux troubles de la déglutition est rarement rééducative, mais toujours réadaptative et compensatoire. » (Ruglio, 2013 [36])

En première intention, on adoptera un point de vue réadaptatif dans le but de compenser les déficits et de limiter les risques de complications. Notre démarche s'inscrira dans une optique d'éducation thérapeutique du patient. Pour cela, nous serons vigilants aux conditions d'ingestion des médicaments, des repas, des liquides ainsi qu'à toutes les données environnementales.

Une action à visée rééducative peut toutefois être envisagée si les conditions nécessaires à sa mise en place sont réunies.

a- Les stratégies d'adaptation et de compensation [27] [34] [36] [43]

Ce sont celles qui sont les plus aisées à mettre en place rapidement et les plus adaptées à des patients gériatriques. En effet, elles ne réclament que peu de ressources cognitives pour le patient.

Pour potentialiser toute leur efficacité, de telles stratégies nécessitent la mobilisation de l'entourage du patient.

1- L'adaptation environnementale

Pour optimiser les conditions d'alimentation et limiter les risques de fausses routes, on évitera les distractions (télévision, radio, conversation). On privilégiera aussi le fractionnement des repas pour limiter la fatigue engendrée par un trop long repas ; on encouragera le patient à se nourrir par petites bouchées, à boire par petites gorgées et à prendre son temps. Pour faciliter la prise alimentaire, tout en assurant une déglutition la plus sécuritaire possible, des ustensiles pourront être proposés au patient (verre à encoche nasale, verre évasé, cuillère) ; d'autres seront, par contre, à éviter (paille, verre à bec, seringue de gavage).

2- Les postures

Lors de l'alimentation per os ou de la prise de médicaments, le patient doit être assis à 90°, le menton légèrement fléchi. La position assise devra être maintenue 15 à 30 minutes après la prise alimentaire pour éviter des fausses routes secondaires. Lorsque la protection des voies aériennes n'est pas assurée, des postures de tête peuvent être proposées au patient (flexion antérieure de la tête et rotation si déficit latéral). Toutefois, ces adaptations posturales ont un coût cognitif et seront difficiles à appliquer pour des patients déments.

3- L'installation de l'aidant

Afin de faciliter la mise en œuvre des bonnes postures chez le patient, l'aidant veillera à se placer en contrebas, soit en face à face, soit du côté lésé si nécessaire. En effet, cela permet d'amener la cuillère par le bas et de maintenir ainsi la tête du patient fléchie en avant. De plus, se placer plus bas que le patient favorise un meilleur contact visuel. Cela permet aussi à l'aidant d'observer plus précisément l'intérieur de la bouche et les mouvements laryngés du patient.

4- L'adaptation des aliments et boissons

4-1- Les aliments

L'adaptation des aliments portera, quant à elle, sur les textures. Pour limiter les risques de fausses routes, on préférera une unité de texture, des bolus plus cohésifs plutôt que feuilletés, fragmentés ou effrités. On n'hésitera pas à rajouter des liants tels que de la crème, des matières grasses, qui présentent l'avantage d'augmenter les apports nutritionnels. Des régimes avec des textures adaptées peuvent donc être mis en place pour certains patients. L'appellation de ces régimes varie selon les lieux d'hospitalisation. Dans le cadre de cette étude, cinq régimes sont décrits : les régimes mixé et mouliné fin pour les patients présentant des troubles majeurs de la déglutition, le régime mouliné pour ceux avec des troubles modérés, le régime hâché pour les patients ayant des troubles de la mastication et enfin le régime normal.

4-2- Les boissons

En cas de troubles de la sensibilité, le choix des boissons portera sur celles qui présentent le plus grand intérêt pour la stimulation tactile (eau gazeuse), thermique (boissons froides) ou gustative (saveurs prononcées, boissons acides et sucrées). En cas de trouble de la motricité, il faudra jouer sur la viscosité afin d'assurer un meilleur contrôle de la vitesse d'écoulement des liquides (augmenter la viscosité en cas de ralentissement du réflexe de déglutition, liquéfier en cas de difficulté à la propulsion). On dispose d'épaississants qui pourront être utilisés pour modifier la viscosité de certains liquides. L'épaississement devra être homogène de manière à respecter une unité de texture. Il sera plus ou moins important selon le dosage qui sera fonction des déficits du patient (mis en évidence lors du bilan). Le but est de préserver une qualité de repas.

Toutefois, en gériatrie, il faut souligner qu'une modification trop rapide et trop importante d'un régime alimentaire peut engendrer des complications telles que des refus alimentaires, une anorexie...

5- L'hygiène bucco-dentaire [30] [31]

« L'état bucco-dentaire des sujets âgés, généralement défectueux, a des répercussions sur la fonction masticatoire et la nutrition [...] Le potentiel masticatoire influence le type d'alimentation de la personne âgée, avec un impact sur les apports nutritionnels qualitatifs

et quantitatifs. » (Radoi et coll., 2009 [30]) Les soins de bouche permettent de prévenir des risques de mycoses ; ils sont d'autant plus indispensables que les mycoses diminuent la sensibilité intra-buccale. La suppression des dépôts alimentaires est également importante pour limiter les risques de fausses routes secondaires. « *Le soin de bouche effectué régulièrement permet de conserver à la cavité buccale ses caractéristiques physiologiques [...] et d'assurer au malade dignité et bien-être. Le soin de bouche facilite l'alimentation, favorise la communication verbale et améliore la respiration.* » (Ramé, 2001, [31])

6- Les fiches de conseils personnalisés

Une fiche personnalisée pour chaque patient pourra être adressée au personnel soignant afin de faciliter la transmission des consignes. Y seront inscrits les adaptations à mettre en place et les conseils pour une meilleure prise en charge d'un trouble de la déglutition. Cette fiche sera soumise à modification selon l'évolution du trouble et sera un support privilégié pour les échanges entre les différents professionnels.

b- La rééducation « classique » [27] [34] [36] [43]

Les exercices analytiques constitutifs de ce type d'intervention orthophonique ont des bénéfices fonctionnels qui restent flous sur un plan scientifique et leur mise en œuvre se trouve bien souvent limitée par les capacités et les efforts qu'elle requiert de la part du patient.

1- Les manœuvres de déglutition

En gériatrie, il est rare de pouvoir proposer les manœuvres de déglutition, le coût cognitif qu'elles impliquent étant souvent trop élevé (contrôle exécutif, maintien des programmes moteurs). D'autre part, on ne saurait envisager ces manœuvres avant qu'aient été mises en place toutes les adaptations concernant l'alimentation.

2- Les praxies bucco-faciales

Les praxies bucco-faciales ont pour but d'améliorer la mobilité de nombre d'organes impliqués dans le phénomène de déglutition. Ainsi des exercices exécutés au niveau de la mâchoire, des lèvres, des joues, de la langue et du voile du palais permettent de travailler d'éventuels déficits de ces zones mis en évidence lors du bilan orthophonique de la déglutition.

3- Stimulations sur différentes textures

Les différentes propriétés des aliments et des liquides peuvent être utilisées pour chercher à améliorer le geste de déglutition. On peut ainsi jouer sur la température, les saveurs ou encore la viscosité.

4- Coordination pneumophonique

Respiration et déglutition sont deux phénomènes intimement liés. Il peut donc se révéler judicieux de proposer un travail respiratoire au travers d'exercices de relaxation ou de sirènes. Le patient, s'il maîtrise correctement sa respiration, n'en sera que plus confortable au moment du repas.

IV- Les spécificités d'une prise en charge en milieu hospitalier gériatrique

A- La place de l'alimentation en milieu hospitalier gériatrique

a- L'alimentation : un besoin fondamental [3] [17]

Dans la littérature (Henderson, 1997 [17]), on recense quatorze besoins fondamentaux, dont l'alimentation et l'hydratation. Tous ces besoins coexistent et sont les garants d'un bon état physiologique et psychique. « *L'infirmière entre en jeu à partir du moment où l'individu requiert de l'aide dans la satisfaction de ses besoins fondamentaux.* » (Boittin et coll., 2002, p.10 [3]) L'alimentation constitue donc un soin à part entière.

b- L'alimentation : un acte médicalisé [32]

Dès lors qu'elle entre dans le cadre du soin, l'alimentation revêt un aspect « médicalisé », et ce, d'autant plus lorsque le patient présente un risque de trouble de la déglutition. Dans ce contexte particulier, le moment du repas se teinte de craintes et d'appréhension, tant de la part du patient que de l'équipe soignante qui l'entoure. Aussi, dans l'optique de réduire les risques de fausse route, on augmente souvent le caractère anxiogène de la prise alimentaire. Au risque présenté par l'ingestion du repas en lui-même s'ajoute le risque de la prise médicamenteuse. Les prescriptions ne tiennent pas toujours compte des difficultés de déglutition présentées par les patients et les médicaments proposés ne sont souvent pas d'une forme adaptée. Il est alors difficile pour les soignants de dispenser les médicaments

dans des conditions optimales. Pour en faciliter la prise, certaines pratiques sont devenues fréquentes : l'écrasement des médicaments, le mélange des médicaments à l'alimentation. Les risques qu'elles présentent sont encore trop mal connus des équipes médicales et soignantes. Pourtant le sous-dosage, le surdosage ou les interactions médicamenteuses peuvent avoir des conséquences néfastes pour les patients.

c- L'alimentation : un plaisir à préserver [15]

Malgré tous les enjeux nutritionnels et sécuritaires que recouvre l'acte de se nourrir chez un patient dysphagique, s'alimenter doit rester un plaisir. Investir le moment du repas comme un moment de convivialité et de partage est essentiel. Derrière le simple fait de manger se joue bien plus qu'un simple enchaînement de déglutitions optimales ou qu'un simple apport énergétique. Traditionnellement, le repas doit représenter un temps d'échange ; c'est un vecteur de liens sociaux. Prendre sa place à table, c'est aussi prendre sa place dans la société : « *Quand l'homme mange, il ne fait pas que nourrir son corps. Il agit dans un système social, il manifeste son appartenance à un groupe, à la tradition dont il est issu.* » (Gulmelchain-Bonnet et coll., 2008, p.18 [15])

B- Le personnel hospitalier entourant le patient dysphagique [2] [10] [41] [46] [47] [48]

Au sein d'une institution gériatrique, il est indispensable que les compétences de chacun ne restent pas cloisonnées mais se complètent les unes les autres. Au-delà de la prise en charge d'un symptôme particulier, voire d'une pathologie particulière, il s'agit bien de prendre en compte le patient dans sa globalité et d'améliorer autant que possible sa qualité de vie. Ainsi, dans le contexte de notre étude, il semble essentiel de rappeler que l'orthophonie ne peut s'envisager comme une discipline isolée. L'orthophoniste s'inscrit, en effet, au sein d'un important réseau de professionnels.

a- Le médecin

Dans un contexte hospitalier, c'est le médecin coordonnateur qui examine le patient pour lequel ont été rapportées des difficultés alimentaires. Ses missions sont variées : il évalue l'état de santé du patient, détermine, prescrit et organise le programme de sa prise en charge. Il récolte aussi des informations auprès de la famille, de l'équipe soignante et prescrit, au besoin, des examens complémentaires. Il décide des interventions médicales, paramédicales et chirurgicales éventuelles à mettre en place (sonde naso-gastrique,

gastrostomie) et joue un rôle d'informateur près du patient et de sa famille. Dans ce contexte, il est amené à établir des liens avec le personnel de l'établissement et les différents professionnels.

Dans le cadre des troubles de la déglutition, le rôle premier du médecin est la pose du diagnostic étiologique. Une consultation spécialisée auprès d'un neurologue ou d'un médecin ORL s'avère souvent nécessaire. Elle peut constituer une étape de transition vers d'autres explorations spécifiques tels que l'imagerie cérébrale, l'électromyographie (EMG), le transit pharyngé ou la laryngoscopie. Toutefois, les indications de vidéoradiographie de déglutition restent assez exceptionnelles chez le sujet âgé.

C'est le médecin qui pourra, s'il le juge nécessaire, orienter le patient vers l'orthophoniste. Pour cela, il établira une prescription médicale.

b- L'orthophoniste

Les lois régissant la profession de l'orthophoniste datent de 1964 et 1971 et sont complétées par des décrets en 1965 et 2002. Selon l'article L 504-1 du Code de la Santé Publique [48],

Est considéré comme exerçant la profession d'orthophoniste toute personne qui, même non titulaire du diplôme d'état de docteur en médecine, exécute habituellement des actes de rééducation consistant en un traitement des anomalies de nature pathologique, de la voix, de la parole, et du langage oral ou écrit hors la présence du médecin. Les orthophonistes ne peuvent pratiquer leur art que sur prescription médicale.

Le décret n°2002-721 du 2 mai 2002, relatif aux actes professionnels et à l'exercice de la profession d'orthophoniste, définit le champ d'action de l'orthophoniste. L'étiologie des troubles dysphagiques et les mécanismes de la phonation entretiennent des rapports étroits. C'est pourquoi l'orthophonie tient toute sa place au sein de la rééducation des troubles de la déglutition et des dysphagies. L'article 3 du décret de 2002 habilite d'ailleurs l'orthophoniste à les prendre en charge, que ce soit dans le domaine des pathologies ORL ou neurologiques. Ainsi, c'est l'orthophoniste qui réalise les bilans de la déglutition. Il détermine, en concertation avec le médecin, la possibilité ou l'impossibilité d'une alimentation orale. Il peut proposer une prise en charge rééducative et mettre en place des adaptations concernant la posture, les textures, l'environnement, tout en prenant en compte les caractéristiques de chaque patient. Il sera amené à faire des observations de repas. La présence d'un membre de l'équipe soignante (infirmier, aide-soignant, ASH) au cours de

cette observation de repas permettra de mettre en place un échange et de délivrer des conseils « en situation ».

c- Le diététicien

Le diététicien réalise le bilan de l'état nutritionnel du patient. Il sera particulièrement attentif à ses goûts, ses besoins, ses attentes et ses doutes. Il est, en effet, amené à établir des menus adaptés à chaque patient selon les difficultés observées et en tenant compte des besoins nutritionnels et hydriques de chacun. Il reste vigilant à la bonne répartition des apports tout au long de la journée et calcule les ingesta (ensemble des substances ingérées par l'organisme). Enfin, il donne des conseils diététiques et culinaires en fonction des adaptations alimentaires prescrites et vérifie le respect des consignes lors de la préparation en cuisine. Dans le cadre d'un trouble de la déglutition, tout bilan devrait se doubler d'un bilan nutritionnel afin d'évaluer les conséquences du trouble mis en évidence. Un des tests les plus couramment utilisés est le Mini Nutritional Assessment (Zarit et coll., 1980 [46]). Il permet d'obtenir rapidement une appréciation précise de l'état nutritionnel du patient.

d- L'ergothérapeute

Il conseille l'équipe et le patient sur l'utilisation de matériel adapté dans le but de préserver l'autonomie du patient. Ainsi, différentes aides techniques sont envisagées pour faciliter l'installation (coussin, tablette d'appui) et la prise alimentaire (antidérapant, assiette ou verre adapté, couverts appropriés). « *La méthodologie d'intervention de l'ergo vise donc à rechercher la meilleure adéquation possible entre les choix de la personne âgée, ses possibilités et les contraintes environnementales.* » (Ferry et coll., 2002 [10])

e- Les infirmiers

L'article R4311-3 du Code la Santé Publique [47] délimite le champ d'action des infirmiers. L'article R4311-5 [47] établit une liste de leurs compétences. Certaines d'entre elles mettent en évidence le rôle particulier des infirmiers quant à l'alimentation des patients et la dispense de soins dans le cadre de la nutrition :

Dans le cadre de son rôle propre, l'infirmier ou l'infirmière accomplit les actes ou dispense les soins suivants visant à identifier les risques et à assurer le confort et la sécurité de la personne et de son environnement [...] : surveillance de l'hygiène et de l'équilibre alimentaire [...] ; aide à la prise des médicaments présentés sous forme non injectable [...] ; administration de l'alimentation par sonde gastrique [...] ; soin et surveillance de patients en assistance nutritive entérale ou parentérale ; [...] recueil

des observations de toute nature susceptibles de concourir à la connaissance de l'état de santé de la personne et appréciation des principaux paramètres servant à sa surveillance : température [...] poids, mensurations [...] observations des manifestations de l'état de conscience, évaluation de la douleur [...] ; soins de bouche avec application de produits non médicamenteux [...].

Un partenariat entre l'infirmier et l'orthophoniste est incontournable dans le cadre de la prise en charge d'un trouble de la déglutition. L'infirmier est un interlocuteur privilégié pour l'orthophoniste. Plus présent dans le quotidien du patient, il peut détenir de précieuses informations : c'est souvent lui qui découvre l'existence de problèmes rencontrés au cours de l'alimentation et les communique à l'équipe soignante. L'infirmier est aussi amené à adapter l'installation du patient de manière à faciliter sa prise alimentaire. Il a également pour rôle essentiel de s'assurer de la bonne mise en pratique des consignes enseignées durant les séances de rééducation. De plus, il « *vérifie l'adéquation entre la texture des repas proposée et les consignes alimentaires, [...] note ce que le patient a effectivement ingéré afin d'établir un bilan correct des apports nutritionnels.* » (Bleeckx, 2001 [2])

f- Les aides-soignants et les ASH [23]

1- Les aides-soignants

Le travail des aides-soignants s'inscrit dans une relation d'étroite collaboration avec l'infirmier et sous la responsabilité de ce dernier. Tout comme les infirmiers, les aides-soignants sont extrêmement impliqués dans le déroulement des journées du patient hospitalisé, en particulier au moment des repas. Ainsi, ils peuvent être amenés à accompagner la prise alimentaire, ce qui les met au premier plan pour le dépistage d'éventuelles fausses routes. Il est donc essentiel de les considérer comme des interlocuteurs de premier choix pour le suivi des patients présentant des troubles de la déglutition.

2- Les ASH

Les ASH (Agents des Services Hospitaliers) peuvent être amenés à seconder les aides-soignants et les infirmiers, notamment au moment des repas. Aussi devront-ils être informés de l'éventuelle mise en place d'adaptations (textures, postures...). À leur tour, ils jouent un rôle essentiel dans le partenariat entre les différents professionnels de soins.

g- Le kinésithérapeute

L'acte de déglutition mobilise les structures laryngées et pharyngées ainsi que la statique céphalique et demande la mobilisation des muscles de la tête et du cou. L'alimentation implique également une bonne coordination oculo-motrice pour mettre en œuvre des gestes praxiques plus fins. Dans cette perspective, le kinésithérapeute contribue pleinement à la prise en charge de la déglutition. En effet, il inclut dans sa rééducation des exercices pour travailler le maintien de la tête et du tronc et participe à l'optimisation pour le patient des différents paramètres du geste moteur (force, amplitude, précision). Le kinésithérapeute a également pour rôle majeur de vérifier l'intégrité de la fonction respiratoire et, au besoin, de mettre en place des techniques de désencombrement bronchique. Avant toute prise alimentaire chez un patient dyspnéique ou encombré, la priorité est donnée à la conservation d'une capacité respiratoire fonctionnelle.

h- Le psychologue

Il s'attache à rendre au patient le goût de s'alimenter. La prise alimentaire induit une forte charge émotionnelle et peut engendrer de l'anxiété et mener le patient à un refus alimentaire. L'accompagnement et le soutien du psychologue ont donc toute leur place dans la question des troubles de la déglutition.

D'autres praticiens n'ont pas été évoqués mais peuvent également être concernés par cette problématique : le personnel de cuisine, les psychomotriciens...

C- La notion de travail en équipe en gériatrie [1] [2] [21]

a- Comment définir le « travail en équipe » ? [6] [21] [24] [25]

Le terme d'« équipe » soignante peut revêtir des réalités différentes d'un établissement à un autre, d'une profession à une autre. La multiplicité des termes utilisés pour définir cette entreprise de travail « pluriel » révèle bien l'éventail des organisations possibles. On rencontre ainsi les termes de pluridisciplinarité, multidisciplinarité, interdisciplinarité ou transdisciplinarité sans savoir réellement quelle définition leur attribuer. Alexandre Manoukian distingue trois étapes dans l'évolution de la conception de la notion d'équipe en gériatrie : la pluridisciplinarité, l'interdisciplinarité et la transdisciplinarité. (Manoukian, 2007 [21])

1- La multidisciplinarité

Elle désigne la situation dans laquelle les différents professionnels agissent sans se concerter mais conformément à la spécificité de leur discipline. Dans cette situation, le patient, son bien-être et son état de santé constituent le seul point de convergence entre les acteurs de soin. Cette organisation montre vite ses limites : il y a peu de chance que les professionnels, issus de disciplines différentes et inscrits dans des champs d'action très variés, partagent les mêmes conceptions et envisagent sous le même angle le bien-être du patient.

2- L'interdisciplinarité

Dans le fonctionnement interdisciplinaire, le souci de coordination est plus important. L'alliance entre les différents professionnels peut être assurée, entre autres, par le cadre de santé. Cependant, elle n'est pas générale et se limite souvent à deux ou trois professions dont les compétences se recoupent (« trinôme » infirmier, aides-soignants, ASH). L'interdisciplinarité ne suffit cependant pas à la bonne cohérence du projet de soins.

3- La transdisciplinarité

Pour répondre au manque de cohérence et de coordination des deux modèles précédents, la transdisciplinarité apporte une notion de « base commune ». Dans cette optique, l'équipe soignante doit investir un « dénominateur commun de savoir » sur lequel viendront se fonder les échanges entre professionnels. C'est sur cette base que se mettra en place un langage commun entre les différentes professions, et ce, quel que soit le niveau de formation initiale. L'objectif est d'améliorer la compréhension des projets thérapeutiques pour que chaque professionnel puisse participer à leur mise en place, s'y reconnaître et y adhérer. Un temps de pratique en commun devra aussi être envisagé pour encourager le partage des connaissances et favoriser la cohésion thérapeutique. « *L'organisation du travail est un ensemble d'actions structurées pour atteindre des objectifs de réponse aux besoins des patients avec une répartition des rôles en fonction des compétences de chaque membre de l'équipe. L'organisation du travail au sein d'une équipe pluridisciplinaire est soumise à la coopération effective de différents membres de l'équipe.* » (loi n°2002-2003, 2002 [49]).

Chaque professionnel de soin est formé pour être compétent dans un champ d'action précis et délimité par la définition de sa profession. C'est pourquoi, au sein d'une équipe, chacun

formulera des attentes et des exigences en lien étroit avec sa pratique. Il faut que, individuellement, le travail soit bien défini en termes d'objectifs, de résultats à atteindre, de moyens disponibles, de retours de l'action et de ses résultats, ainsi que d'éventuels changements dans la situation. (Mucchielli, 2012 [25]) Il peut parfois sembler difficile d'aller au-delà du projet thérapeutique individuel pour envisager les autres sphères professionnelles. Pourtant, associer les différents points de vue des différents intervenants sera le seul moyen de prendre en compte à la fois les désirs, les capacités et les besoins d'un patient. « *L'équipe est le lieu où se développent les solidarités, où se renforcent les actions de chacun par le jeu des échanges, où s'unifie l'activité, où se crée un esprit commun.* » (Cauvin, 2007 [6])

A la lumière de ces définitions, le terme de « pluridisciplinarité » employé tout au long de ce mémoire est à comprendre dans le sens d'une « transdisciplinarité ».

b- Les possibilités de partenariat entre orthophoniste et personnel soignant

Dans ce mémoire, le « personnel soignant » correspond aux professions d'infirmiers et d'aides-soignants.

1- La formation des équipes [5] [18] [24] [33] [43]

La gestion quotidienne des troubles de la déglutition incombe communément aux infirmiers et aux aides-soignants. Or, ceux-ci ne disposent pas toujours des bases théoriques, voire techniques, qui leur permettraient de faire face sereinement à certaines situations à risques. Cela peut donc engendrer de l'anxiété, tant pour le patient que pour le soignant, et peut même conduire à certaines incohérences dans la pratique.

La formation du personnel soignant n'est donc pas à négliger afin d'optimiser la prise en charge des patients dysphagiques. « *Les recommandations ANAES [...] insistent sur la nécessité du recours à un personnel formé autour du patient dysphagique, mais l'expérience de terrain montre des déficits à ce niveau.* » (Ruglio, 2013 [33])

2- Le partage des informations

Chaque professionnel qui s'occupe d'un patient dysphagique va, après observation, recueillir des informations sur le trouble qu'il partagera avec les autres soignants. Les échanges entre tous les professionnels sur ce sujet sont essentiels et conditionnent

l'efficacité de la prise en charge. Pour faciliter et coordonner ces échanges, des supports variés sont utilisés. Parmi ces supports, on peut trouver les transmissions, les fiches de conseils alimentaires personnalisés et l'affichage en chambre.

2-1- Les transmissions [42]

Dans toute structure de soins, chaque soignant est tenu de faire un retour sur les soins dispensés. Si les transmissions orales sont habituelles dans la pratique courante, ce sont les écrits qui sont privilégiés et obligatoires sur un plan juridique. Dossiers informatisés et/ou dossiers papier renferment donc toutes les informations relatives au patient et à son trouble et constituent, de ce fait, un relais indispensable à la prise en charge.

Dans un contexte de trouble de la déglutition, l'orthophoniste gagne à communiquer au personnel soignant les conclusions de son bilan, les adaptations envisagées et les conseils prodigués au patient. Les infirmiers et les aides-soignants, quant à eux, sont invités à faire remonter toute observation concernant le trouble. Cela ajoute ainsi à la précision de la prise en charge.

Il faudra s'assurer que le vocabulaire employé est commun et connu de tous.

2-2- La fiche de conseils alimentaires personnalisés

Une fiche de conseils personnalisés reprenant les recommandations et adaptations formulées peut être mise en place. Support d'échanges entre l'orthophoniste et les soignants, elle peut être transmise au patient lui-même et aux membres de l'équipe soignante. Elle peut donc être disponible dans la chambre du patient ou dans son dossier papier.

2-3- L'affichage en chambre [36]

Bien que les recommandations de confidentialité soient au cœur des soins, il est parfois judicieux d'afficher certaines consignes bien en vue afin de garantir la sécurité du patient. Bien sûr, cela ne peut être envisagé sans avoir obtenu, au préalable, l'accord du patient et des responsables du service.

« Sans cette guidance spécifique, la mise en place des aménagements alimentaires personnalisés est nettement compromise. » (Ruglio, 2013 [36])

PROBLEMATIQUE ET HYPOTHESES

En gériatrie, la préservation du bien-être global du patient est une priorité. Dans cette perspective, la prise en charge de la dysphagie semble constituer une préoccupation centrale. En effet, la qualité de vie en milieu hospitalier dépend considérablement de la bonne alimentation et hydratation. Mais ces deux éléments peuvent se retrouver entravés par des troubles de la déglutition. Ces troubles sont d'autant plus présents en milieu hospitalier gériatrique que la population est soumise aux effets du vieillissement et bien souvent fragilisée par un contexte polyopathologique.

L'orthophoniste fait partie des professionnels les plus à même de prendre en charge les patients dysphagiques. Toutefois, mener une rééducation classique de la déglutition est le plus souvent difficile, voire impossible, notamment lorsqu'il s'agit d'une population gériatrique dont les capacités cognitives sont fréquemment dégradées. De plus, l'orthophoniste étant rarement présente au moment du repas, c'est sur le personnel soignant (infirmiers et aides-soignants) que repose une grande partie de l'enjeu nutritionnel. C'est en prenant en compte ces observations qu'il faut penser la prise en charge orthophonique.

De cette réflexion a émergé la problématique de l'étude :

« Dans quelle mesure un partenariat entre l'orthophoniste et le personnel soignant peut-il être envisagé au sein d'un établissement gériatrique ? Qu'en ressort-il en terme de bénéfices pour les patients ? »

Afin de chercher à répondre à cette problématique, nous formulerons trois hypothèses :

Hypothèse 1 : Une prise en charge pluridisciplinaire de la dysphagie majore les bénéfices d'une prise en charge orthophonique isolée.

Hypothèse 2 : Une prise en charge pluridisciplinaire permet une augmentation des quantités ingérées.

Hypothèse 3 : Une prise en charge pluridisciplinaire permet une amélioration du ressenti du patient face à l'alimentation.

PARTIE PRATIQUE

I- Méthodologie

A- Contexte

Notre étude s'est déroulée à l'hôpital Charles Foix (Ivry-Sur-Seine), au sein du service « Calmette et Guérin » du Dr Gallinari. Les bilans initiaux et finaux, ainsi que les séances constituant la prise en charge, ont été soumis au consentement des patients, après accord du médecin responsable du service et de la cadre de santé.

B- Population

Avant de constituer la population de l'étude et pour que la comparaison entre les deux échantillons sélectionnés ne porte bien que sur le seul critère du partenariat entre l'orthophoniste et le personnel soignant, des critères d'inclusion et d'exclusion ont été établis.

a- Critères d'inclusion

1- Âge : supérieur ou égal à 75 ans

Ce mémoire s'intéresse aux troubles de la déglutition en milieu hospitalier gériatrique. Afin de constituer une population qui s'inscrit dans l'optique du travail mené, il convenait tout d'abord de définir ce qui serait considéré comme une « population gériatrique ».

Pour l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), est considérée comme âgée une personne de 65 ans et plus. Toutefois, dans la littérature, on retrouve deux catégories au sein de cette même tranche d'âge : on parle ainsi de « troisième âge » pour les personnes entre 65 et 75 ans et de « quatrième âge » pour les plus de 75 ans.

Comme critère d'inclusion, il a donc été retenu un âge supérieur ou égal à 75 ans. En effet, c'est au sein de cette catégorie dite de « quatrième âge » qu'on retrouve les individus plus âgés et plus fragiles et qui sont concernés par la dépendance à l'entourage et la polypathologie.

2- Plainte : observation de troubles de la déglutition, de fausses routes

Les patients inclus dans le cadre de l'étude étaient tous à risque de présenter un trouble de la déglutition.

b- Critères d'exclusion

1- MMS inférieur à 18

Afin de pouvoir mesurer les effets de la prise en charge proposée, il semblait pertinent de ne pas inclure les patients présentant de trop grandes difficultés cognitives.

2- Présence de troubles majeurs du comportement

La prise en charge d'un trouble de la déglutition dans un contexte de trouble du comportement implique une approche particulière. De ce fait, nous n'avons retenu que les patients qui ne présentaient pas de troubles comportementaux.

C- Sélection de la population de l'étude [annexe A]

Les critères d'inclusion et d'exclusion, précédemment décrits, ayant été définis, il nous restait à établir la liste des patients susceptibles de rentrer dans le protocole. Cette dernière étape s'est faite en concertation avec les médecins et le personnel soignant des services impliqués dans l'étude. C'est à partir des critères posés et après discussion avec ces professionnels que les patients ont été choisis.

La population sélectionnée pour l'étude se compose de huit patients d'un même service auxquels a été proposé un bilan initial. À l'issue de ce bilan, les résultats à l'auto-évaluation des patients ont pu s'apparier deux par deux. Ce sont donc ces résultats qui ont servi de base à la constitution de deux échantillons de nombre équivalent. D'une part, quatre patients bénéficieront d'un suivi orthophonique seul et, d'autre part, quatre autres patients s'inscriront dans un protocole de suivi pluridisciplinaire. Dans la suite de ce mémoire, l'ensemble des quatre patients ayant bénéficié d'un suivi orthophonique seul sera dénommé « échantillon 1 », et les quatre autres « échantillon 2 ».

Notre méthodologie s'inscrit dans une démarche qualitative et se fonde sur une étude comparative de deux échantillons.

D- Description du protocole

Pour tous les patients de l'étude, le protocole élaboré se déroule en trois étapes : un bilan initial, un temps de prise en charge et un bilan final. Les bilans initial et final restent strictement identiques pour tous les patients. C'est le temps de prise en charge qui présente des différences entre les deux échantillons et qui permet d'introduire le paramètre « pluridisciplinarité », objet de cette étude.

Il n'existe pas de protocole spécifique établi pour la population gériatrique. Nous nous sommes donc appuyés sur les écrits de V. Woisard et de V. Ruglio pour en élaborer un qui puisse répondre aux objectifs de l'étude.

a- Bilan initial et bilan final [annexe B]

Les bilans initial et final sont strictement identiques afin de procéder à une comparaison objective des différents critères relevés pour l'étude.

1- Enjeux du bilan initial

Le bilan initial a été réalisé auprès des huit patients de la population.

C'est à la suite de ce bilan initial que nous avons pu scinder la population de départ en deux échantillons. En effet, la corrélation des réponses obtenues à l'anamnèse nous a amenés à apparier deux par deux six des huit patients.

Quatre paramètres ont été retenus pour comparer les résultats et ainsi répondre aux hypothèses. Trois d'entre eux sont objectifs : le poids, la pesée de repas et l'évolution des textures et du type de boisson. Le dernier est un paramètre subjectif : l'auto-évaluation. Ils seront tous recueillis lors du bilan initial et lors du bilan final et soumis à une exploitation.

De plus, comme pour tout bilan orthophonique, les informations recueillies ont permis d'orienter la prise en charge et de l'adapter au mieux aux déficits et aux capacités de chacun des patients.

2- Déroulement du bilan

Comme décrit dans la partie théorique, trois volets composent un bilan orthophonique de la déglutition : un interrogatoire, une évaluation clinique et une évaluation fonctionnelle.

C'est donc cette trame qui a servi de base au bilan proposé. Mais pour élaborer ce dernier, il était bien sûr nécessaire de rester conscient qu'il serait adressé à une population

gériatrique pour laquelle des paramètres telles que la fatigabilité et la charge cognitive doivent être particulièrement pris en compte.

2-1- L'interrogatoire

Dix questions portant sur une auto-évaluation ont été posées au cours de l'interrogatoire. Chacune de ces questions appelait une réponse fermée de type « oui/non ». Pour établir un score d'auto-évaluation à l'issue du bilan, un point était attribué à chaque ressenti négatif. Nous obtenions ainsi une note sur 10 qu'il était ensuite facile de comparer. Les points étant attribués aux ressentis négatifs, plus la note était basse, meilleure était le ressenti du patient face à son trouble de la déglutition. C'est cette note qui a servi de base à la formation des deux échantillons. Elle sera ensuite soumise à une analyse au travers d'études de cas afin de corroborer ou non l'hypothèse selon laquelle une prise en charge pluridisciplinaire améliore le ressenti du patient face à son alimentation.

Des informations complémentaires étaient également notées, notamment sur l'état bucco-dentaire. Elles étaient obtenues auprès du patient lui-même, du personnel soignant ou du médecin, ou encore dans le dossier papier du patient ou sur le logiciel de transmissions « Actipidos » de l'hôpital.

2-2- L'évaluation clinique

Dans le cadre de cette évaluation clinique, nous avons choisi de tester les praxies du patient. Celles-ci nous permettaient de se faire une idée de la fonctionnalité de chacun des organes bucco-faciaux concourant à une bonne déglutition. Ces exercices pratiques sont proposés sur imitation afin de limiter le coût cognitif.

La toux volontaire et le hémhage sont aussi recherchés afin de vérifier la fonctionnalité des mécanismes protecteurs des voies aériennes et les capacités volontaires d'expulsion.

S'attacher à vérifier l'état bucco-dentaire du patient constitue également un point essentiel du bilan afin de constater la qualité de la denture, la présence ou non de mycoses, la présence de stases salivaires et le port éventuel de prothèses dentaires. Dans ce dernier cas, il faudra préciser de quel type de prothèse il s'agit, son adaptation et sa bonne utilisation.

Le poids est également noté et sera analysé à la fin de l'étude. Son évolution permettra de répondre à l'hypothèse selon laquelle une prise en charge pluridisciplinaire a un impact plus marqué sur la qualité nutritionnelle du patient.

2-3- L'évaluation fonctionnelle

Elle consiste en une épreuve de tests alimentaires, complétée par une observation de repas.

Les tests alimentaires utilisés au cours de cette évaluation fonctionnelle sont inspirés des « Tests de Capacité Fonctionnelle de la Déglutition » de Guatterie et Lozano (1997). Ces derniers ne pouvaient cependant pas être proposés tels quels du fait de certaines limitations intrinsèques à la population et au lieu de l'étude. Ainsi, les tests alimentaires ne pouvaient s'appliquer que sur les textures disponibles dans le service et non sur une plus grande variété. De plus, il fallait prendre en compte les spécificités de la population étudiée et donc limiter la durée de ces tests. Il était donc nécessaire d'adapter les tests de Guatterie et Lozano tout en veillant à ce que le protocole demeure informatif et reproductible. Dans le protocole élaboré, plusieurs paliers étaient envisagés :

- 6 cuillères à café de compote,
- 4/5 cuillères à café d'eau plate fraîche,
- 4/5 cuillères à soupe d'eau plate fraîche,
- un verre d'eau plate à température ambiante.

Tout d'abord, il était demandé au patient d'avaler 6 cuillerées à café de compote, l'une après l'autre. Après chaque cuillerée, le patient devait tousser puis, si nécessaire, avaler de nouveau pour assurer la vidange du pharynx. La clarté de la voix, témoin d'un larynx propre, était vérifiée grâce à un [a] tenu. Si aucune fausse route n'était observée sur ces 6 cuillerées, en appliquant la même procédure, l'item suivant était proposé. On passait alors aux 4/5 cuillères à café d'eau plate fraîche, puis aux 4/5 cuillères à soupe d'eau plate fraîche pour, finalement, arriver à un verre d'eau plate à température ambiante.

Passer d'un item à l'autre n'était donc possible que si aucune fausse route n'était constatée ; sinon, le test s'orientait vers l'eau pétillante fraîche puis, dans certains cas, vers l'eau gélifiée si l'eau gazeuse était, elle aussi, sujette à fausses routes.

L'observation de repas était effectuée au moment du déjeuner, en salle à manger ou en chambre, selon que le patient mangeait dans l'un ou l'autre de ces endroits. Elle permettait d'appréhender dans un contexte écologique la façon de manger du patient. Les points particulièrement retenus étaient les suivants :

- appétit,

- durée du repas,
- vitesse des prises alimentaires,
- signes de fausses routes qui seraient passés inaperçus lors des tests alimentaires et risques de fausses routes avec divers aliments,
- pertinence des éventuelles postures conseillées,
- répercussions des déficits cognitivo-comportementaux,
- distractibilité,
- comportement des aidants.

De plus, lors de l'observation de repas, deux des trois paramètres objectifs de comparaison étaient relevés. Une pesée de la quantité du plat principal, avant et après repas, de chacun des patients suivis était effectuée pour suivre l'évolution des ingesta au cours de l'étude. Textures et types de boissons étaient également notés.

3- Enjeux du bilan final

Comme pour le bilan initial, le même bilan final était proposé à tous les patients, indifféremment de l'échantillon auquel ils appartenaient. Son objectif principal était de mesurer l'évolution des troubles de la déglutition des patients après la prise en charge. Ces mesures seront essentiellement objectives grâce aux relevés du poids et des quantités ingérées au cours des repas et grâce aux relevés de l'évolution des textures et types de boissons. Une mesure subjective est toutefois étudiée : le ressenti du patient face à son alimentation.

Le bilan final, il est important de le rappeler, se voulait strictement identique au bilan initial quant à son contenu afin qu'il puisse être la base d'une comparaison la plus neutre possible. Il était le support d'observations qualitatives. L'analyse des résultats pour les quatre paramètres retenus nous informera sur les effets de la prise en charge pluridisciplinaire et son intérêt. La comparaison de ces paramètres, rendue possible grâce au recueil des données au cours de ce bilan final, permettra donc de mettre en perspective les deux démarches (suivi orthophonique seul VS suivi pluridisciplinaire).

b- Protocole de prise en charge des patients

1- Organisation au sein du service

Les bilans initial et final ont été proposés à chacun des huit patients inclus dans l'étude. Le bilan initial s'est déroulé entre le 23 juin 2014 et le 27 juin 2014 et le bilan final entre le 4 août 2014 et le 8 août 2014.

Le temps de prise en charge, quant à lui, a eu lieu du 30 juin 2014 au 1^{er} août 2014. J'étais présente dans le service quatre jours par semaine afin d'assurer deux séances de rééducation hebdomadaires pour chaque patient. Ainsi, tous les patients ont bénéficié chacun de 10 séances de prise en charge quel que soit l'échantillon auquel il appartenait.

La durée des séances était variable : elle dépendait de l'état général du patient et de son degré de coopération. Cependant, la durée minimale était d'environ 30 minutes.

2- Déroulement des prises en charge

Sur les huit patients inclus dans l'étude, quatre ne se verront proposer qu'une prise en charge orthophonique seule. Les quatre autres bénéficieront de cette même prise en charge mais qui sera coordonnée à l'intervention du personnel soignant.

Les séances avaient lieu en chambre afin de garantir un environnement calme et propice à la relation duelle mais aussi afin de limiter au maximum toute interférence. Avant de débiter chaque séance, l'accord des patients était systématiquement demandé. La plupart d'entre eux semblaient manifestement soulagés de pouvoir exprimer leur crainte face à l'alimentation. Les exercices effectués en ma présence étaient, pour tous, bien investis. Toutefois, ils n'étaient pas forcément repris spontanément entre chaque séance.

2-1- La prise en charge orthophonique

Quel que soit l'échantillon dans lequel était inclus le patient, une prise en charge comportant les mêmes axes de travail était envisagée. Seul l'investissement du personnel soignant dans le suivi différait selon que le patient était inclus dans l'échantillon 1 ou 2.

Chez des patients âgés qui présentent des troubles de la déglutition et qui ont, en plus, des difficultés cognitives, l'intervention orthophonique est essentiellement à visée réadaptative et compensatoire, rarement à visée rééducative. Nous avons donc opté pour un protocole de prise en charge qui s'articulait autour de ces deux visées.

- Visée réadaptative et compensatoire

C'est dans cette optique de réadaptation que viendront s'inscrire les différences de prise en charge entre les deux échantillons. Les aménagements effectués pour les patients bénéficiant d'un suivi pluridisciplinaire seront décrits dans le paragraphe suivant. Ne seront ici expliqués que ceux mis en place pour tous les patients, sans distinction d'échantillon.

Ainsi, pour tous, la question de l'adaptation des textures et des types de boisson aura été centrale. Le régime des patients étant déjà en place au moment du début de l'étude, le travail consistait à vérifier sa pertinence et les possibilités de modifications envisageables. Proposés lors des séances, les essais de stimulation sur différentes textures contribuaient à ce travail. S'inscrivant plus dans une visée rééducative, ils seront détaillés plus loin.

L'autre question capitale était la mise en place de postures, lorsque cela se révélait nécessaire. Toutefois, celle-ci était plus épineuse car hautement dépendante des capacités cognitives du patient et donc soumise à des fluctuations. Pour tous les patients, si une posture s'avérait pouvoir apporter de réels bénéfices, elle était tout de même rappelée à chaque séance. Le plus souvent, la posture préconisée correspondait à une légère inflexion de la tête (menton vers la poitrine).

- Visée rééducative

Pour chacun des huit patients de la population, une séance était ainsi constituée : un travail des praxies oro-faciales, des stimulations sur différentes textures et un entraînement pneumophonique sur des modulations. Toutefois, les exercices constitutifs de ces axes étaient adaptés aux capacités de chacun en fonction des observations faites au cours du bilan initial.

Selon les déficits apparus au cours du bilan initial, une ou plusieurs praxies de la liste étaient proposées. Ainsi, pour un déficit de la mobilité linguale, on envisageait des exercices tels que « tirer la langue », « lécher le palais » ou encore « claquer la langue au palais ». Chaque exercice était répété trois à cinq fois. En fonction de l'état cognitif du patient, et si celui-ci était d'accord, la liste des praxies travaillées en séance lui était laissée avec la consigne suivante inscrite en haut de la feuille : « *Chaque exercice doit être fait trois fois. L'ensemble des exercices peut être fait deux fois par jour.* ».

Le travail de stimulation sur différentes textures consistait en un essai d'un aliment du régime « au-dessus » de celui dans lequel était inscrit le patient. Ainsi, pour un patient en « mouliné fin », un aliment rentrant dans le régime « mouliné » pouvait être essayé. Mais ce travail était plus difficile à mettre en œuvre compte tenu du peu d'aliments disponibles dans les services.

Enfin, l'entraînement pneumophonique sur des modulations consistait en une répétition de différentes sirènes et avait pour but d'améliorer la coordination du souffle avec la déglutition et ainsi de rendre le patient plus confortable au moment de s'alimenter.

2-2- Prise en charge orthophonique isolée VS prise en charge pluridisciplinaire

Dans le cas des patients de l'échantillon 2, qui bénéficient de la pluridisciplinarité, tous les éléments présentés ci-dessus faisaient également partie intégrante de la prise en charge. Ils constituaient le socle commun aux deux types de suivi. Mais ces axes se voyaient enrichis d'un lien supplémentaire avec les soignants, lien inexistant lorsqu'il s'agissait de s'occuper de patients de l'échantillon 1. Ainsi, des fiches de conseils personnalisés, un accompagnement lors des repas et des échanges avec les membres de l'équipe soignante venaient compléter les séances de rééducation décrites précédemment.

- La fiche de conseils personnalisés [**annexe C**]

Elle était établie à l'issue du bilan initial mais restait modifiable tout au long du temps de la prise en charge. Elle reprenait toutes les recommandations et adaptations formulées. Mise à disposition dans la chambre du patient mais aussi dans son dossier papier, tous les membres du personnel soignant pouvaient y avoir accès.

- Un accompagnement lors des repas

Ma présence ponctuelle à certains repas auprès des patients de l'échantillon 2 me permettait de jauger la pertinence des conseils dispensés mais aussi d'effectuer une réassurance du patient face à son alimentation. Elle me permettait également de répondre aux questions éventuelles des soignants qui étaient présents et de leur transmettre certains conseils.

- Des échanges avec le personnel soignant

Des échanges oraux ont été privilégiés avec les soignants au sujet des postures de sécurité et de l'adaptation de l'environnement.

Ces échanges permettaient également de les encourager à stimuler le patient pour que celui-ci reprenne seul les exercices pratiqués en séance.

E- A propos des questionnaires [annexe D]

L'objectif de ces questionnaires était de recueillir, auprès du personnel soignant, non seulement des informations concernant sa formation, sa pratique et son ressenti au sujet des troubles de la déglutition mais aussi ses éventuelles difficultés, besoins et attentes.

Pour ce faire, une quinzaine de questionnaires ont été distribués à des infirmiers et des aides-soignants. En effet, ce sont ces professionnels à qui il revient, le plus souvent, de gérer le quotidien alimentaire des patients dysphagiques. Nous n'avons eu qu'un retour de six questionnaires : quatre par des infirmiers et les deux autres par des aides-soignants.

Afin de réunir l'ensemble de ces données, cinq thèmes ont été abordés :

- « *A propos de vous* » ; ce premier thème concerne la situation professionnelle des répondants. Les informations recueillies nous éclaireront sur les réponses fournies aux questions présentées plus loin.

- « *Concernant votre formation* » ; il s'agit ici de se faire une idée de la formation des soignants sur les troubles de la déglutition : y a-t-il eu formation sur ce sujet ? Si oui, en quoi consistait-elle ? Était-elle suffisante ? ...

- « *Dans votre pratique* » ; à travers les questions posées dans ce troisième thème, on cherche à connaître l'état des connaissances des soignants sur les troubles de la déglutition et les moyens mis en œuvre pour les pallier. Afin d'éviter l'effet « interrogatoire », il a été choisi d'aborder les aspects théoriques sur le versant de leur « savoir-faire ».

- « *Collaboration avec les autres professionnels* » ; les questions de ce quatrième thème nous permettent de voir de quelle façon circulent les informations recueillies par les différents professionnels entourant un patient dysphagique.

- « *Attentes et besoins* » ; ce cinquième thème a été abordé afin de savoir si le personnel soignant ressent des besoins d'informations sur le sujet et, si oui, quel type de formation leur semblerait y répondre le mieux. Le but était de cibler leurs besoins réels sur la problématique des troubles de la déglutition.

Les questions se présentaient sous trois formes selon le type de réponses souhaitées :

- *questions fermées « oui/non »* ; elles ont l'avantage d'être rapides pour le répondant et simples à analyser. Cependant, de telles questions limitent la précision des réponses.

- *questions à choix multiple* ; elles restent simples à traiter, à la fois pour le répondant et pour la personne qui analysera les résultats, et présentent surtout l'avantage de pouvoir apporter des nuances. Toutefois, le choix multiple peut induire des réponses auxquelles le répondant n'aurait pas nécessairement pensé.

- *questions ouvertes* ; ce type de questions est celui qui laisse le plus de place à la subjectivité du répondant. Par contre, il présente deux inconvénients majeurs, celui du temps nécessaire pour y répondre et celui de la complexité d'analyse.

II- Analyse des résultats

A- Objectif de l'étude

Notre étude a eu pour objectif de montrer qu'un travail pluridisciplinaire autour des patients présentant des troubles de la déglutition pouvait permettre d'améliorer les effets d'une prise en charge orthophonique isolée. Nous avons cherché à mettre en évidence :

- l'efficacité d'un travail pluridisciplinaire,
- le type de bénéfices qu'un patient dysphagique peut retirer d'une collaboration entre l'orthophoniste et le personnel soignant.

B- Description des différents types de graphiques

L'analyse des résultats va s'appuyer sur différents types de graphiques tracés au bilan initial et au bilan final et qui montrent une évolution entre les deux bilans :

- des graphiques sur l'évolution du poids des patients,
- des graphiques sur l'évolution des quantités ingérées au cours des repas,
- des graphiques sur l'évolution des textures et types de boisson constituant le régime des patients.

Ces trois types de graphiques s'appuient sur la comparaison des résultats entre l'échantillon 1 et l'échantillon 2.

- des graphiques sur l'évolution du score obtenu par les patients en auto-évaluation lors de l'anamnèse. En raison de la petite taille de nos échantillons, le choix de la méthode d'analyse s'est porté sur une étude de cas multiples. Les résultats de six patients de la population ont pu, dès le bilan initial, être appariés deux par deux. Nous proposerons donc trois études de cas.

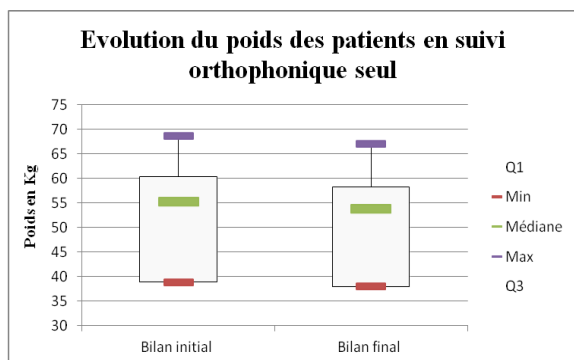
C- Analyse des résultats

Rappelons que l'ensemble des patients qui ont bénéficié d'un suivi orthophonique isolé sera désigné sous le terme d'« échantillon 1 ». L'« échantillon 2 », quant à lui, fera référence à l'ensemble des patients en suivi pluridisciplinaire.

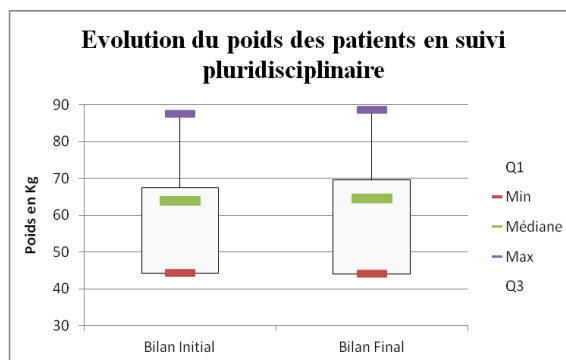
a- Évolution du poids des patients au cours de l'étude

Nous avons choisi de représenter les résultats obtenus sous forme de « boxplots ». En effet, ce type de graphique permet de représenter la distribution des variables quantitatives continues. Ici, les variables quantitatives continues sont les différents poids relevés. Ainsi, au travers de valeurs représentatives tels que la médiane, le premier quartile (Q1) et le troisième quartile (Q3), les « boxplots » rendent possible une visualisation de l'évolution du poids de tous les patients de chaque échantillon entre le bilan initial et le bilan final. La médiane représente la tendance générale suivie par l'échantillon. Le premier quartile et le troisième quartile sont respectivement les bornes inférieure et supérieure du rectangle dans lequel se retrouve la majorité de l'échantillon. Ce sont ces trois valeurs que nous retiendrons pour la comparaison entre les deux échantillons.

Graphique 1 :



Graphique 2 :



D'après le graphique 1, la tendance générale qui paraît se dégager serait une très légère perte de poids pour les patients de l'échantillon 1. A l'inverse, au regard du deuxième graphique, on constaterait plutôt une très légère augmentation pondérale chez les patients de l'échantillon 2.

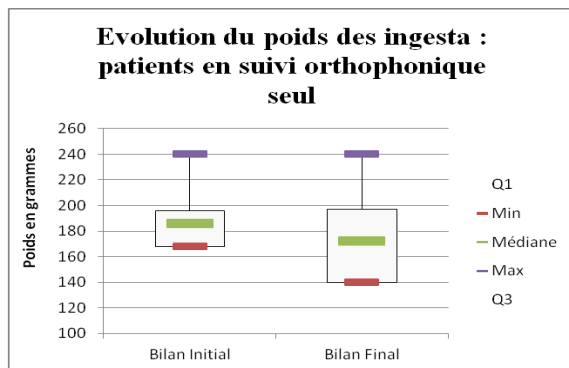
Ces résultats semblent donc aller dans le sens d'un effet bénéfique d'une prise en charge pluridisciplinaire. Toutefois, les tendances observées semblent d'une significativité relative.

b- Évolution du poids des ingesta au cours de l'étude

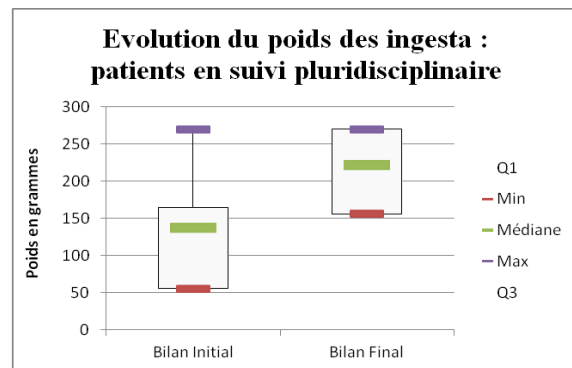
L'exploitation des résultats obtenus se fera, là aussi, sous forme de « boxplots ». Pour obtenir ces données, l'assiette contenant le plat principal du repas du midi était pesée avant

d'être servie au patient puis une fois le repas terminé. L'assiette vide avait été pesée au préalable pour qu'il soit possible de calculer précisément le poids des ingesta.

Graphique 1 :



Graphique 2 :

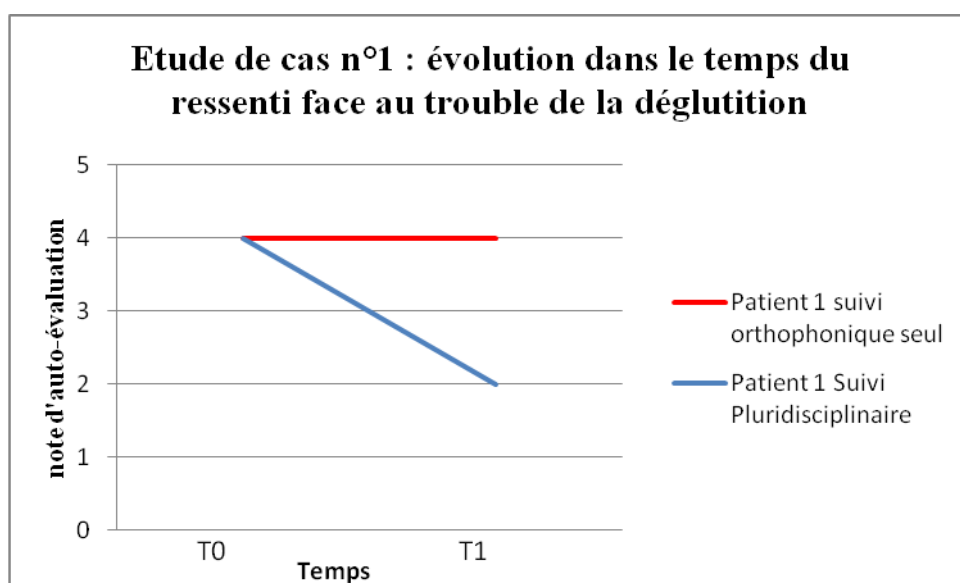


Le graphique 1 révèle une diminution du poids des ingesta alors que le graphique 2 montre une très nette augmentation des quantités ingérées par les patients du deuxième échantillon.

En ce qui concerne les ingesta, il semblerait donc possible d'avancer qu'un suivi pluridisciplinaire augmente sensiblement les ingesta des patients de l'échantillon concerné.

c- Évolution du ressenti des patients face à leur trouble de la déglutition au cours de l'étude

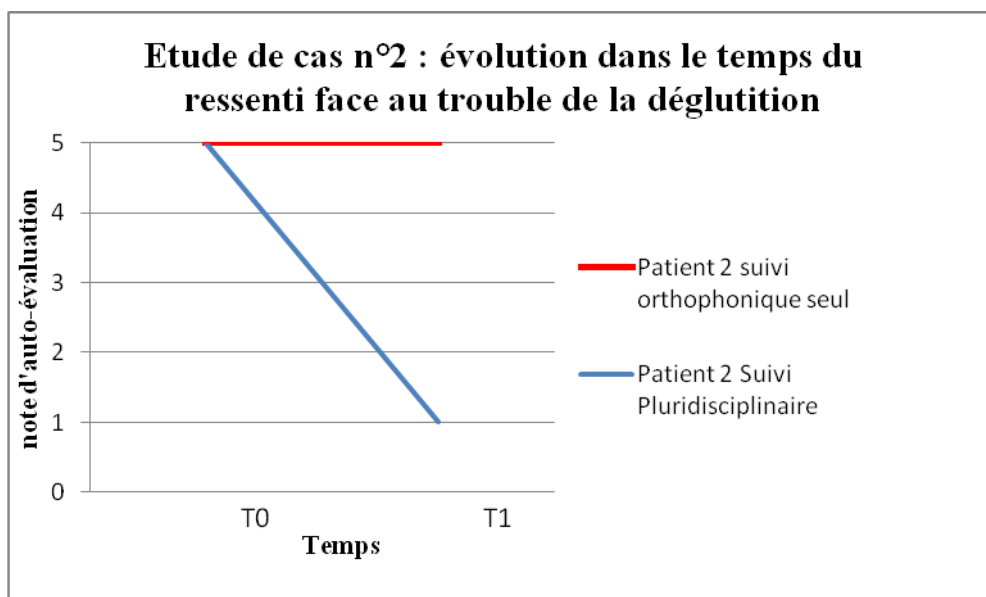
1- Étude de cas n°1 : Patient 1 en suivi orthophonique seul VS patient 1 en suivi pluridisciplinaire apparié



La comparaison des deux courbes d'évolution du score d'auto-évaluation tend à montrer une diminution des ressentis négatifs liés au trouble de la déglutition, et ce, dans le cas où le patient bénéficie d'une prise en charge pluridisciplinaire. En effet, si la courbe du patient en suivi orthophonique seul apparaît plate (et donc sans évolution apparente), celle du patient en suivi pluridisciplinaire diminue de 2 points entre les deux scores.

Cette première étude de cas met en évidence, pour ce dernier patient, les bénéfices d'une prise en charge pluridisciplinaire sur un plan subjectif de ressenti du trouble.

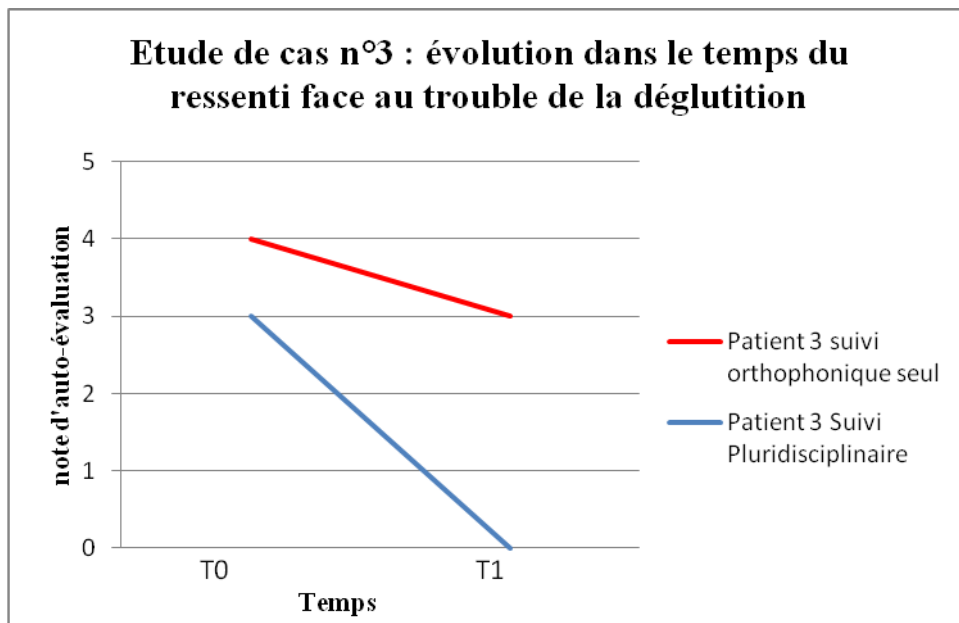
2- Étude de cas n°2 : Patient 2 en suivi orthophonique seul VS patient 2 en suivi pluridisciplinaire apparié



Le score du deuxième patient en suivi pluridisciplinaire diminue de 4 points entre le bilan initial et le bilan final. Celui du patient en suivi orthophonique seul reste, une fois de plus, identique.

Cette deuxième étude de cas témoigne aussi de l'effet bénéfique d'une prise en charge pluridisciplinaire en terme de ressenti.

3- Étude de cas n°3 : Patient 3 en suivi orthophonique seul VS patient 3 en suivi pluridisciplinaire apparié



Pour cette troisième étude de cas, la corrélation des scores des deux patients est plus relative que dans le cas des deux études précédentes. La différence n'étant que d'un point, nous avons tout de même jugé pertinent de la présenter.

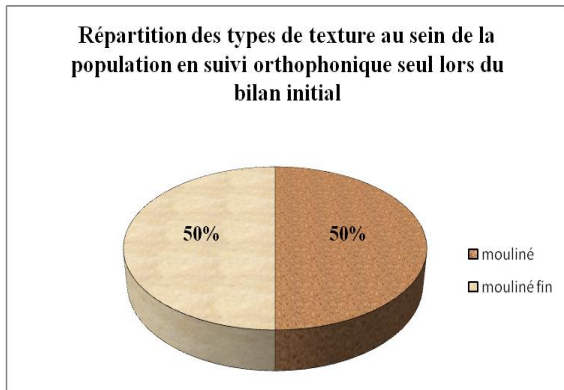
L'observation de la courbe d'évolution dans le temps du troisième patient en suivi pluridisciplinaire, en comparaison de celle du patient en suivi orthophonique seul apparié, vient corroborer les observations précédemment réalisées : la pluridisciplinarité a permis une diminution de 3 points sur le score d'auto-évaluation. Le score du patient en suivi orthophonique évolue de façon beaucoup moins importante : la diminution notée n'est que d'un point. Une fois encore, la prise en charge pluridisciplinaire de ce patient améliorerait son ressenti face à son trouble.

d- Évolution de la répartition des textures et des types de boisson proposés

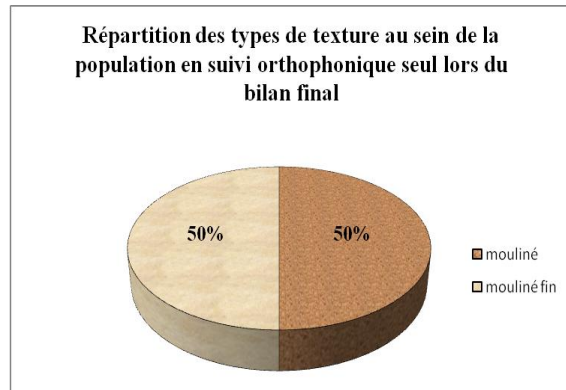
1- Répartition des textures

1-1- Au sein de l'échantillon 1

Graphique 1 :



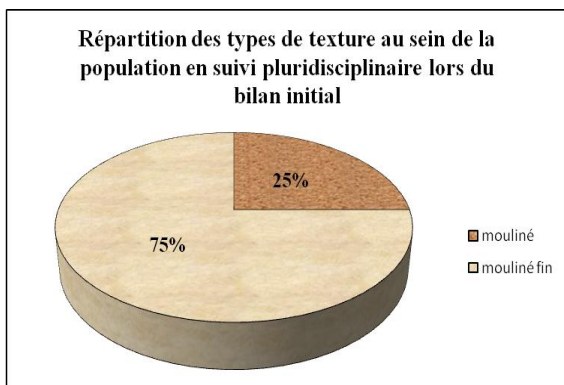
Graphique 2 :



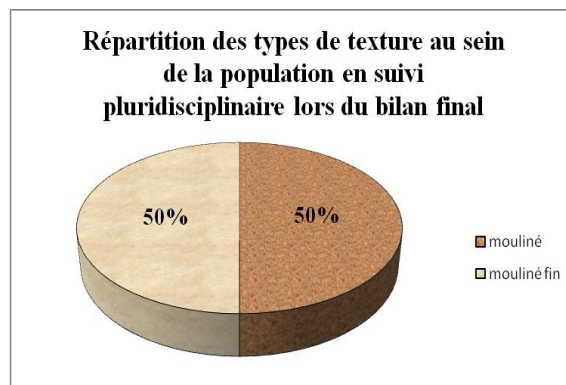
Au sein de l'échantillon 1, la répartition des textures ne semble pas évoluer entre les deux bilans. La prise en charge orthophonique seule n'aurait donc pas eu d'influence sur les textures des repas de ces patients.

1-2- Au sein de l'échantillon 2

Graphique 3 :



Graphique 4 :



Contrairement aux graphiques précédents, on note une évolution des textures au sein de ce deuxième échantillon. Lors du bilan initial, 75% des patients de l'échantillon se trouvaient en régime « mouliné fin » et 25% en « mouliné ». Au moment du bilan final, la répartition est modifiée : c'est désormais 50% de l'échantillon qui se trouve en régime « mouliné ».

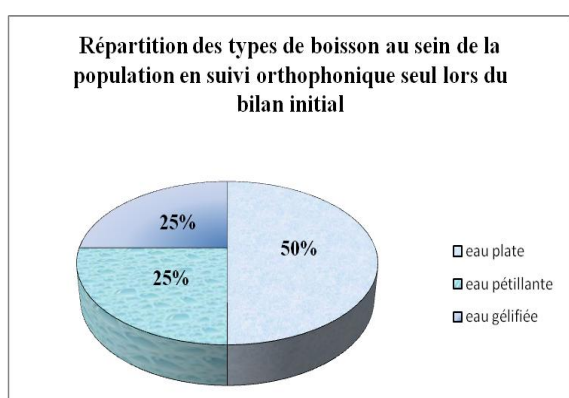
1-3- Comparaison des deux échantillons

Alors que, au sein de l'échantillon 1, la répartition des textures ne semble pas avoir changé, en revanche, au sein de l'échantillon 2, des modifications sont observées. Cette évolution des régimes, apparemment positive, semble témoigner en faveur d'un effet bénéfique d'une prise en charge pluridisciplinaire.

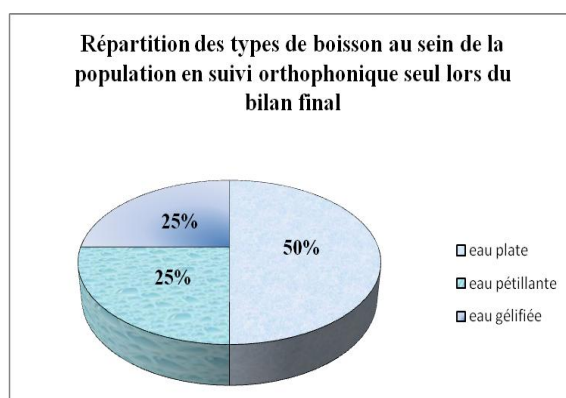
2- Répartition des types de boisson

2-1- Au sein de l'échantillon 1

Graphique 1 :



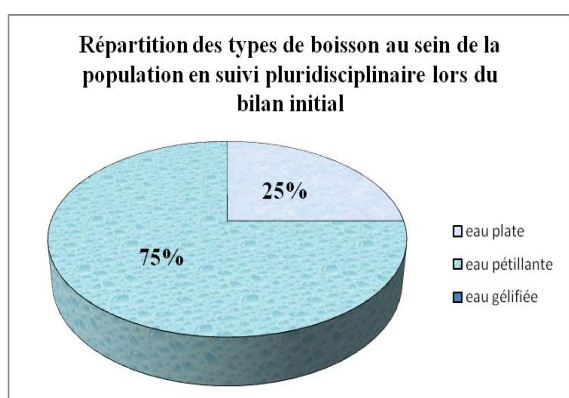
Graphique 2 :



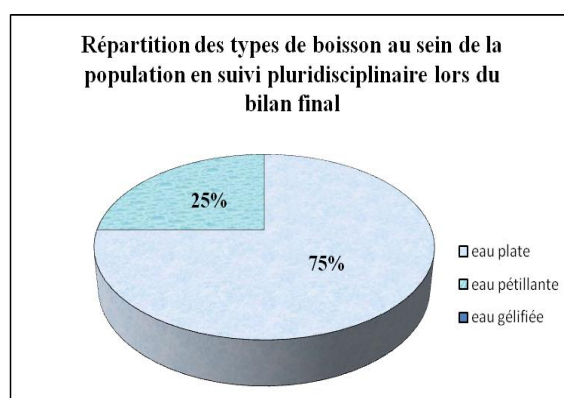
De même que pour la répartition des textures dans l'échantillon 1, la répartition des types de boisson ne présenterait pas d'évolution entre les deux bilans.

2-2- Au sein de l'échantillon 2

Graphique 3 :



Graphique 4 :



Une fois de plus, c'est au sein de l'échantillon 2 que l'on peut noter une évolution entre le bilan initial et le bilan final. Ainsi, au début de l'étude, 75% des patients étaient en « eau

pétillante », contre 25% en « eau plate ». Mais à la fin de l'étude, la tendance s'inverse : 25% des patients sont en « eau pétillante » et 75% sont en « eau plate ».

2-3- Comparaison des deux échantillons

La conclusion tirée de l'exploitation des données sur la répartition des textures semble pouvoir s'appliquer également à la répartition des types de boisson.

En effet, l'observation des quatre derniers graphiques montrerait une évolution positive du type de boisson proposé aux patients qui présentent des troubles de la déglutition et qui sont inclus dans un suivi pluridisciplinaire.

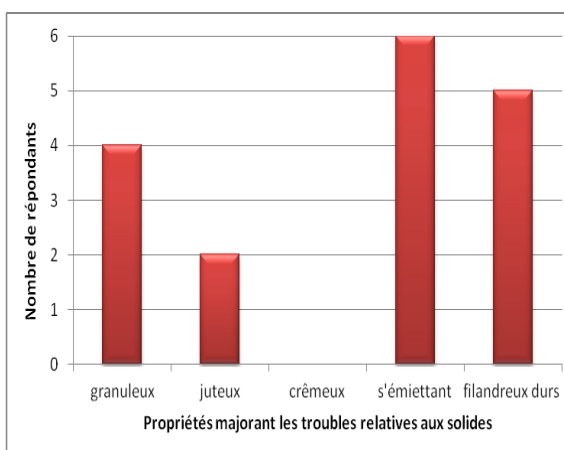
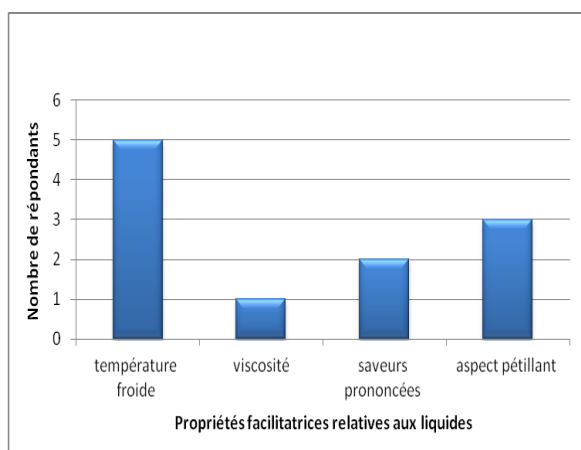
Evolution de la répartition des textures et évolution de la répartition du type de boisson iraient donc dans le même sens, celui d'un effet bénéfique d'une prise en charge pluridisciplinaire.

Pour l'ensemble des résultats présentés, il est toutefois essentiel de rappeler que ces analyses restent qualitatives et devront, pour être confirmées, être soumises à une évaluation quantitative et donc être proposées à des échantillons plus importants.

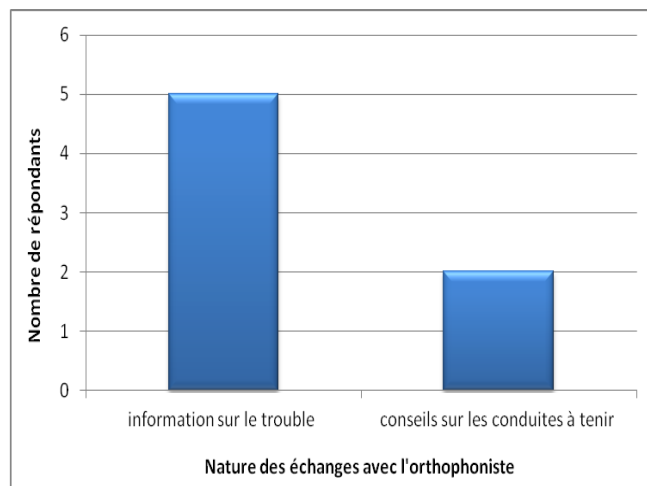
D- A propos du questionnaire

L'analyse des réponses aux questionnaires ne vient qu'en complément de l'étude principale. Seules les données les plus informatives en seront donc dégagées.

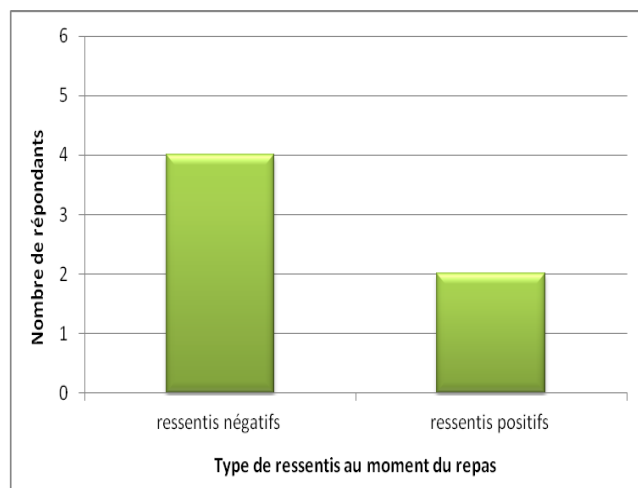
Sur les six personnes interrogées, quatre estimaient avoir reçu une formation suffisante au terme de leur formation initiale pour s'occuper d'un patient dysphagique. Mais, à l'évidence, tous les questionnaires révèlent des lacunes. Les confusions relevées portaient majoritairement sur les propriétés aidantes relatives aux liquides et celles relatives aux solides qui majorent les troubles.



Tous les répondants ont connaissance de la présence d'une orthophoniste au sein de l'hôpital et tous disent échanger avec elle sur les patients présentant des troubles de la déglutition. Mais ces échanges sont finalement limités en terme de fréquence et semblent plus consister en une demande d'informations plutôt qu'en une demande de conseils sur les conduites à tenir.



Pour les soignants ayant répondu aux questionnaires, on peut également noter que les ressentis négatifs priment sur les ressentis positifs au moment du repas.



Au terme du questionnaire, on constate une évolution dans les réponses des soignants. Au début du questionnaire, quatre d'entre eux affirmaient avoir les outils nécessaires à la prise en charge d'un trouble de la déglutition. À la fin de celui-ci, un seul estimait ne pas avoir besoin d'informations supplémentaires à ce sujet. Pour tous les répondants, c'est par une formation sur leur lieu d'exercice qu'il serait le plus judicieux d'apporter ces compléments d'informations.

L'éclairage apporté par ces questionnaires sur le vécu du personnel soignant face aux troubles de la déglutition conforte donc la position selon laquelle une prise en charge optimale se doit d'être la résultante de la coordination et de la coopération de l'ensemble des professionnels de santé entourant le patient. Les résultats mis à jour semblent donc justifier la pertinence du travail de guidance que l'orthophoniste pourrait effectuer dans un contexte de dysphagie.

DISCUSSION

I- Récapitulatif des résultats

L'enjeu de l'étude réalisée était de mettre en exergue la pertinence d'un partenariat entre l'orthophoniste et le personnel soignant auprès de patients présentant des troubles de la déglutition. Mais nous avons également cherché à déterminer quels étaient les aspects du trouble qui seraient les plus sensibles aux effets d'une prise en charge pluridisciplinaire.

Hypothèse 1 : Une prise en charge pluridisciplinaire de la dysphagie majeure les bénéfices d'une prise en charge orthophonique seule.

L'ensemble des résultats recueillis semble tendre vers une même observation : une coordination du suivi orthophonique avec l'implication du personnel soignant permettrait, apparemment, une diminution des conséquences liées au trouble. En effet, chacune des analyses effectuées sur les différents critères retenus aboutit à une évolution qui se révèle plus favorable dans le cas d'une prise en charge pluridisciplinaire. Toutefois, les différences observées entre les deux échantillons sont plus ou moins significatives selon les aspects du trouble.

Cette constatation, qui semble valider la première hypothèse, viendrait également corroborer les données de la littérature : il est indispensable de croiser les compétences de tous les professionnels qui entourent la personne âgée dysphagique et, notamment, celles de l'orthophoniste et du personnel soignant (Ruglio, 2013 [36] ; Pouderoux et coll., 2001 [27], Strubel et coll., [41]).

Hypothèse 2 : Une prise en charge pluridisciplinaire permet une augmentation des quantités ingérées.

Pour répondre à cette hypothèse, il a été choisi d'étudier trois critères objectifs : le poids, la pesée des ingesta et l'évolution des textures et des types de boisson.

A l'issue de l'analyse de chacun des résultats obtenus, un même constat semble pouvoir être formulé : les évolutions au sein de l'échantillon 2 paraissent plus positives que dans l'échantillon 1. Cependant, si cette tendance générale observée pour les trois critères est la même, il est nécessaire d'affiner ce propos au vu des différences de significativité relevées entre les résultats des trois analyses. Ainsi, c'est l'évolution du poids des ingesta qui serait la plus évidente. En effet, les graphiques qui représentent le poids des ingesta visualisent une progression très marquée. En revanche, ceux qui résument les données recueillies pour le poids des patients et pour les textures/types de boisson témoignent moins nettement des effets positifs de la prise en charge pluridisciplinaire.

Ces résultats, bien que plus ou moins probants, iraient donc plutôt dans le sens de cette deuxième hypothèse.

Hypothèse 3 : Une prise en charge pluridisciplinaire permet une amélioration du ressenti du patient face à l'alimentation.

C'est au travers d'un critère subjectif, celui de l'auto-évaluation des patients face à leur trouble de la déglutition, que cette hypothèse a été étudiée. Et c'est pour cette dernière hypothèse que les résultats s'avèrent être les plus parlants.

En effet, les trois études de cas envisagées pour venir la confirmer ou l'infirmier semblent attester de l'efficacité d'un accompagnement conjoint dans l'atténuation des ressentis négatifs des patients face à leur alimentation.

Les effets liés aux différentes interventions auprès de patients dysphagiques ont été abordés dans un nombre très limité d'études (Ruglio, 2013, [35], Jacquot et coll., 2001 [18]). Il était donc difficile de s'appuyer sur des données issues de la littérature pour étayer et soutenir ces conclusions. Les réponses aux hypothèses émises ne seraient alors que de simples observations, limitées aux échantillons considérés et au seul contexte du travail réalisé.

II- Discussion des résultats et limites de l'étude

La méthodologie développée s'inscrit dans une démarche qualitative. Le nombre restreint de patients inclus dans la population limite l'exploitation des résultats obtenus dans le cadre de ce mémoire. Pour obtenir des résultats qui auraient été représentatifs de

l'ensemble de la population gériatrique hospitalisée, il aurait fallu étendre le protocole à des échantillons de taille beaucoup plus importante. Ainsi, une étude quantitative reste indispensable pour pouvoir réellement mettre en avant l'efficacité d'une prise en charge pluridisciplinaire.

De même, pour appréhender de façon plus exacte l'impact du travail de partenariat entre orthophoniste et personnel soignant, il aurait été nécessaire de réaliser l'étude sur un temps plus long, éventuellement sur la totalité de la durée de séjour de chaque patient.

De nombreux biais étaient introduits dans cette étude du fait du lieu et des conditions dans lesquels se sont déroulées les passations. Disparité des pathologies, roulement des équipes soignantes, temps alloué aux repas, fluctuations de l'état général des patients... sont autant de limitations à une comparaison stricte et exacte des échantillons. Ainsi, pour être certain que les observations découlaient bien de la variation du paramètre « pluridisciplinarité », il aurait été pertinent de réaliser une étude croisée. Pour cela, il aurait fallu, après un temps de latence, échanger les deux types de prise en charge pour chaque échantillon.

Les bilans initial et final, s'ils avaient pour vocation d'être identiques pour favoriser une comparaison objective, ne pouvaient l'être strictement. En effet, les conditions de passation de ces bilans étaient tributaires de l'état général du patient au moment du bilan.

III- Apports pour l'orthophonie

A- Intérêt de la pluridisciplinarité

Si la pluridisciplinarité présente un intérêt qui n'est plus à discuter dans le contexte de soins en gériatrie, elle semble notamment apporter bien des avantages dans la prise en charge des troubles de la déglutition.

Les résultats obtenus à la suite de l'étude réalisée encouragent à penser qu'un partenariat entre l'orthophoniste et le personnel soignant entraîne une amélioration globale de l'alimentation du patient dysphagique. La quantité de nourriture ingérée au cours des repas deviendrait plus importante et le poids, s'il n'est pas augmenté, semble se stabiliser. On ne peut conclure à un réel changement dans les textures, contrairement aux types de boisson qui auraient plutôt tendance à évoluer positivement. Cela pourrait s'expliquer par le fait que, lorsqu'il est reconnu comme ayant un trouble de la déglutition, le patient est bien souvent placé en régime « eau pétillante » afin de répondre aux appréhensions du personnel à qui incombe la gestion de nombreux repas en même temps. Mais si le patient

et le personnel soignant bénéficie d'un accompagnement orthophonique au moment du repas, un sentiment de réassurance serait observé et le moment du repas serait mieux vécu.

C'est, en effet, surtout sur le plan du ressenti des patients face à leur alimentation que les bénéfices d'un suivi pluridisciplinaire seraient les plus évidents.

B- Importance du rôle de guidance auprès du personnel soignant

Prendre en charge les troubles de la déglutition fait partie des domaines d'action de l'exercice orthophonique. Lors de sa formation, l'orthophoniste a reçu les connaissances nécessaires qui lui permettent de faire face à ce type de trouble.

Toutefois, c'est le plus souvent au moment des repas, et non durant les séances avec ce thérapeute, qu'apparaissent les difficultés inhérentes à une pathologie dysphagique. Et ce sont donc infirmiers et aides-soignants qui se trouvent confrontés en premier lieu aux situations alimentaires les plus à risques. Or, les réponses recueillies grâce aux questionnaires qui leur ont été distribués montreraient certaines lacunes dans les connaissances et la gestion des troubles de la déglutition. Ce constat est en adéquation avec les données de la littérature. En effet, il est couramment reconnu que la formation initiale de ces professionnels sur la problématique de la déglutition semble incomplète. (Ruglio, 2013)

L'orthophoniste a donc certainement un rôle à jouer auprès des membres du personnel soignant, que ce soit dans l'optique d'un travail de formation et de consolidation des connaissances sur le sujet ou dans l'optique d'un travail de transmission de conseils propres à chaque patient.

Ces mêmes questionnaires révéleraient aussi un sentiment de malaise des soignants face à des patients dysphagiques. Il est alors intéressant que l'orthophoniste prenne conscience que la guidance doit être un point essentiel dans sa prise en charge des troubles de la déglutition.

IV- Ouvertures, évolutions et perspectives envisageables

L'étude réalisée est qualitative et ne peut fournir de données statistiques. Elle se confine à un échantillon trop petit pour permettre de généraliser les résultats obtenus et de déterminer l'effet réel d'une prise en charge pluridisciplinaire à plus grande échelle. De plus, il aurait été plus pertinent d'avoir des temps de prise en charge qui couvrent la totalité de la durée de séjour de chacun des patients.

Ces deux éléments pourraient faire l'objet d'un nouveau mémoire en orthophonie. Un suivi pluridisciplinaire proposé à une population plus importante et sur l'intégralité du séjour nous fournirait un regard plus large et plus juste.

CONCLUSION

La médecine occidentale, qui prévaut dans notre société actuelle, privilégie une approche symptomatologique de la personne malade. Un dysfonctionnement biologique précis, une pathologie particulière appelle une réponse ciblée. Toutefois, cette démarche est en pleine évolution et s'inscrit désormais dans une perspective plus globale de qualité de vie du patient. C'est dans cette optique que le concept de « travail en équipe » autour de la personne hospitalisée a été placé au centre des considérations thérapeutiques.

L'impulsion de ce mémoire était donc la volonté de mettre en évidence les bénéfices d'une prise en charge pluridisciplinaire de patients dysphagiques dans un milieu hospitalier gériatrique. Pour en mesurer les effets, d'une façon qui se voulait la plus objective possible, un protocole basé sur une étude comparative a été élaboré. Un suivi orthophonique isolé a été opposé à un même suivi orthophonique assuré, cette fois-ci, en partenariat avec le personnel soignant. Pour venir compléter ces observations, un questionnaire abordant la thématique des troubles de la déglutition a été proposé aux infirmiers et aux aides-soignants.

De ce travail est ressortie une tendance : la pluridisciplinarité semble bien être un vecteur d'optimisation de l'alimentation et de l'hydratation. Mais elle serait aussi, et peut-être surtout, vecteur de « mieux-être » pour la personne âgée dysphagique. Il semble donc essentiel d'établir une collaboration entre tous les intervenants entourant les patients qui présentent des troubles de la déglutition. Au sein de cette collaboration, l'orthophoniste, au-delà de son rôle évident de rééducateur, pourrait justifier un travail de guidance auprès du personnel soignant. Formation en amont mais aussi conseils et accompagnement au cas par cas sont autant d'attentes formulées par les soignants et auxquelles l'orthophoniste est en mesure d'apporter une réponse. L'étendue de son champ d'action ne se limite donc pas à ses actes auprès du patient mais peut également s'étendre à un appui proposé aux soignants.

La pluridisciplinarité semble être un atout précieux qu'il serait dommage de négliger dans notre pratique professionnelle.

BIBLIOGRAPHIE

LIVRES ET ARTICLES

- [1] BENLAHOUES, D. (2008, Aout/Sept). Organisation du travail en équipe. *L'Aide-soignante*, 99, 21-23.
- [2] BLEECKX, D. (2001). *Dysphagie : évaluation et rééducation des troubles de la déglutition*. Bruxelles : De Boeck Université, 145 p.
- [3] BOITTIN, I., LAGOUTTE, M., LANTZ, M-C. (2002, Mars). Virginia Henderson : 1897-1996 Biographie et analyse de son œuvre. *Recherche en soins infirmiers*, 68.
- [4] BRIN, F. (2006). *Dictionnaire d'orthophonie*. Isbergues : Ortho Edition, 298p.
- [5] CAPET, C., DELAUNAY, O. (2007, Aout). Troubles de la déglutition : de l'état bucco-dentaire à la fausse-route. Troubles de la déglutition de la personne âgée : bien connaître les facteurs de risque pour une prise en charge précoce. *Neurologie – Psychiatrie - Gériatrie*, 40, 15-23.
- [6] CAUVIN, P. (2007). *La cohésion des équipes*. Paris : ESF Editions, 220p.
- [7] COQUET, F. (2000). Essai de modélisation de la démarche de bilan orthophonique. *Glossa*, 74, 38-42.
- [8] CREVIER-BUCHMAN, L., BOREL, S., BRASNU, D. (2007). Physiologie de la déglutition normale. *Encyclopédie médico-chirurgicale, ORL 20-801-A-10*, p13, Paris, France, Elsevier SAS
- [9] DULGUEROV, P., REMACLE, M. (2009). *Précis d'audiophonologie et de déglutition. Tome II*. Editions Solal, collection Voix parole, langage, 488p.
- [10] FERRY, M., ALIX, E., BROCKER, P., CONSTANS, T. (2002). *Nutrition de la personne âgée*. Editions Masson, 303p.
- [11] FINIELS, H., FINIELS, P., JACQUOT, J-M., STRUBEL, D., SAEZ, V., LAPIERRE, M. (1999). Troubles de la déglutition en institution gériatrique. In *Les*

troubles de la déglutition, Problèmes en médecine de rééducation (pp. 103-107). Paris : Masson.

[12] FINIELS, H., STRUBEL, M., JACQUOT, J-M. (2001, Novembre). Les troubles de la déglutition du sujet âgé, Aspects épidémiologiques, *La Presse Médicale*, 33, 1629.

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

[14] GIROD ROUX, M. (2012). Troubles de déglutition dans la maladie d'Alzheimer, Revue de littérature. *Lettre Psychogériatrie*.

[15] GULMELCHAIN-BONNET, M., LEMOINE, F. (2008, Mai). Respecter les traditions alimentaires. *L'Aide-soignante*, 97.

[16] HEBUTERNE, X., ALIX, E., RAYNAUD-SIMON, A., VELLAS, B. (2008). *Traité de nutrition de la personne âgée, Nourrir l'homme malade*. Editions Springer, 312p.

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

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

[19] LESOURD, B. (2006). La dysphagie des sujets âgés. *Acta Endoscopica*, 36, 4, 623-630.

[20] LOGEMANN, J.A. (2007). Swallowing disorders. *Best Practice and Research Clinical Gastroenterology*, 21, 4, 563-573.

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

[22] MC FARLAND, D.H. (2009). *L'anatomie en orthophonie. Parole, déglutition et audition*. Paris : Elsevier Masson, 280p.

[23] MEDJAHED, F. (2007, Février). L'aide-soignante et le transfert de compétences. *L'aide-soignante*, n°84, 22-24.

[24] MERIAU, H. (2013). La personne âgée dysphagique en maison de retraite : orthophonie et information du personnel soignant. *Mémoire de Certificat de Capacité en Orthophonie*, Université Paris VI.

[25] MUCCHIELLI, R. (2012). *Le travail en équipe*. Paris : ESF Editions, 203p.

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

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

[28] POUYSSEGUR, V., MAHLER, P. (2001). *Odontologie gériatrique, Guide clinique*. Editions CdP, 162p.

[29] PUECH, M., WOISARD, V., PESSEY, J-J. (1997). Bilan de la déglutition chez l'adulte. *Glossa*, 59, 24-29.

[30] RADOI, L., FOLLIGUET, M., BODINEAU, A. (2009). Pathologies bucco-dentaires et santé générale chez le sujet âgé. *Revue francophone de gériatrie et de gérontologie*, tome XVI, n°160, 522-527.

[31] RAME, A. (2001). Le soin de bouche non médicamenteux. *L'aide-soigante*, 30.

[32] RHALIMI, M., MANGEREL, K. (2013). Analyse du risque de fausses-routes en gériatrie : Méthode REMED. *Pharmactuel*, 46.

[33] RUGLIO, V., TRIGER, F. (2009). *Ergothérapie en gériatrie : approches cliniques*. Marseille : Solal, 385p.

[34] RUGLIO, V. (2012). *Vivre au quotidien avec des troubles de la déglutition : un guide pratique pour la personne âgée et son entourage*. Marseille : Solal, 61p.

[35] RUGLIO, V. (2013). *Les Approches Thérapeutiques en Orthophonie. Tome 3*. Ortho Edition, 286p.

[36] RUGLIO, V. (2013, Mars). La prise en charge orthophonique et pluriprofessionnelle des troubles de la déglutition chez le sujet âgé. *La Revue Francophone de Gériatrie et de Gérontologie*, Tome XX, n°193.

[37] SCHOEVAERDTS, D., DESUTER, G., VAND DER VORST, S., RIJCKAERT, M., BERGER, E., STUCKENS, D., JEANSELME, A., GOURDIN, E., TONNOIR, L., LAHAYE, A., DE SAINT HUBERT, M., POULAIN, G., SWINE, C. (2013, Avril). La dysphagie et les troubles de la déglutition chez la personne âgée. *La Revue de Gériatrie*, tome 38, n°4, 273-276.

[38] SCHWEIZER, V. (2010). Troubles de la déglutition de la personne âgée. *Revue Médicale Suisse*, 265, 6, 1859-1862.

[39] SEGUIER, S., BODINEAU, A., GIACOBBI, A., TAVERNIER, J-C., FOLLIGUET, M. (2009). Pathologies bucco-dentaires du sujet âgé : répercussions sur la nutrition et la qualité de vie, *Commission de Santé Publique*.

[40] STANLEY, M. (2005). *Soins infirmiers en gériatrie : vieillissement normal et pathologique*. Editions De Boeck Supérieur, 507p.

[41] STRUBEL, D., FEUILLET, C. (2012 Nov/Déc). Troubles de la déglutition du sujet âgé : un rôle pour tous les acteurs de soins. *La revue francophone de gériatrie et de gérontologie*, Tome XIX, n°189-190.

[42] TERRAT, E. (2009, Janvier). L'écriture, un outil de reconnaissance pour les aides-soignantes. *L'aide-soignante*, n°103, 11-20.

[43] WOISARD-BASSOLS, V., PUECH, M. (2011). *La réhabilitation de la déglutition chez l'adulte, le point sur la prise en charge fonctionnelle*. Marseille : Solal, 475p.

TESTS

[44] GUATTERIE, M., LOZANO, V. (1997). Tests de Capacité Fonctionnelle de la Déglutition.

[45] UNITÉ VOIX ET DÉGLUTITION – SERVICE ORL – CHU RANGUEIL – TOULOUSE. Observation d'un repas.

[46] ZARIT, SH., REEVER, K., BACH PETERSON, J. (1980). Mini Nutritional Assessment (MNA).

SITES INTERNET ET TEXTES DE LOI

[47] <http://www.legifrance.gouv.fr> : articles R4311-3 et R4311-5 du Code de la Santé Publique, relatifs à la profession d'infirmier.

[48] <http://www.legifrance.gouv.fr> : article L504-1 du Code de la Santé Publique, relatif à la profession d'orthophoniste.

[49] <http://www.sante.gouv.fr> : nouvelle réforme hospitalière de 1996, complétée notamment par la loi du n°2002-303 du 4 Mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé.

ANNEXE A : PRÉSENTATION DES PATIENTS

Échantillon 1

	Patient 1	Patient 2	Patient 3	Patient 4
Âge	103 ans	80 ans	91 ans	82 ans
Motifs d'hospitalisation	chutes à répétition.	rééducation dans un contexte de maladie d'Alzheimer.	prise en charge à la suite d'une hémorragie sous-arachnoïdienne bilatérale d'origine traumatique dans un contexte de chutes à répétition.	chute et infection urinaire.
Pathologies associées	troubles cognitifs d'aggravation progressive.	hypertension artérielle et maladie d'Alzheimer.	hypertension artérielle, diabète type II, Parkinson depuis environ 20 ans.	hyperthyroïdie, thyroïdectomie totale (1998), syndrome dépressif, hypertension artérielle, glaucome œil gauche, hernie hiatale compliquée d'œsophagite de grade II, anesthésie séquellaire de paume et pouce droits.
Score MMS	18	18	19	21
Note d'auto-évaluation au bilan initial	4/10	1/10	5/10	4/10
Régime alimentaire et type de boisson au bilan initial	mouliné fin + eau plate	mouliné + eau plate	mouliné + eau pétillante	mouliné fin + eau gélifiée

Échantillon 2

	Patient 1	Patient 2	Patient 3	Patient 4
Âge	92 ans	94 ans	83 ans	95 ans
Motifs d'hospitalisation	chutes à domicile.	chutes	altération de l'état général + chutes à domicile dans un contexte de néoplasie en cours de traitement.	altération de l'état général.
Pathologies associées	hypertension artérielle, arthrose, vertiges.	hypertension artérielle, hypoacousie bilatérale non appareillée, démence, ulcère gastrique.	diabète, carcinome urothélial non invasif de bas grade, bronchite chroniques, syndrome dépressif sévère, hypertension artérielle, hypotension orthostatique, cataracte bilatérale évolutive avec angiopathie rétinienne.	diabète type II, DMLA bilatérale et cécité de l'œil gauche, malaise sur hyperglycémie, troubles cognitifs avec désorientation temporelle.
Score MMS	21	18	22	19
Note d'auto-évaluation au bilan initial	1/10	4/10	5/10	3/10
Régime alimentaire et type de boisson au bilan initial	mouliné fin + eau plate	mouliné fin+ eau pétillante	mouliné + eau pétillante	mouliné fin + eau pétillante

ANNEXE B : BILAN ORTHOPHONIQUE DE DÉGLUTITION

INTERROGATOIRE

Données générales

Date de l'examen :

Nom :

Taille :

Prénom :

Poids de référence :

Date de naissance :

Poids actuel :

Antécédents

- Familiaux

- Médicaux

- Chirurgicaux

Traitements

- en cours

- antérieurs au long cours

Facteurs de risque

- tabac
- alcool
- exposition aux agents physicochimiques

Histoire de la maladie

- Plainte
- Ancienneté du trouble :
- Mode d'apparition :
 - brutale
 - progressive
- Caractère :
 - permanent
 - intermittent
 - gêne stabilisée
 - gêne évolutive
- Textures alimentaires responsable des symptômes
 - liquides

- solides
- certains solides
- salive

- Sévérité du trouble

- Éléments sur le pronostic

- Possibilités d'évolution dans le temps

Évaluation des fonctions supérieures

- MMSE

Auto-évaluation /10

- 1/ Avez-vous faim au moment des repas ?
- 2/ Avez-vous peur au moment des repas ?
- 3/ Avez-vous des difficultés pour avaler ?
 - 2a/ Quand vous mangez ?
 - 2b/ Quand vous buvez ?
- 4/ Vous arrive-t'il de tousser ?
 - 4a/ Souvent ?
 - 4b/ A quel moment?
 - 4c/ Sur quels aliments ?
- 5/ Avez-vous des difficultés pour mastiquer ?
- 6/ Avez-vous l'impression que des aliments restent bloqués ?

6a/ A quel niveau ?

7/ Avez-vous des douleurs quand vous avalez?

7a/ A quel niveau ? Dans la bouche ? Aux dents ?

7b/ Pour quels aliments ?

8/ Pensez-vous avoir perdu du poids ?

9/ Avez-vous l'impression d'avoir du reflux ?

10/ Avez-vous l'impression d'avoir la bouche sèche ou, au contraire, trop de salive ?

ÉVALUATION CLINIQUE

Praxies (sur imitation)

● Mâchoires

- Ouvrir/fermer la bouche

● Lèvres

- Étirer/Avancer les lèvres : [i]/[y]

- Imiter le bruit du bisous

● Joues

- Gonfler les joues (vérifier la fermeture labiale)

● Langue

- Tirer/reculer la langue

- Mettre la langue à droite/gauche

- Claquer la langue au palais

● Voile du palais

- Alternier orales/nasales : [a]/[ã] [o]/[õ]

- Imiter le bruit du gargarisme

- **Larynx**

- Alternier des [o] graves/aigus

Mécanismes volontaires de protection des voies aériennes et d'expulsion

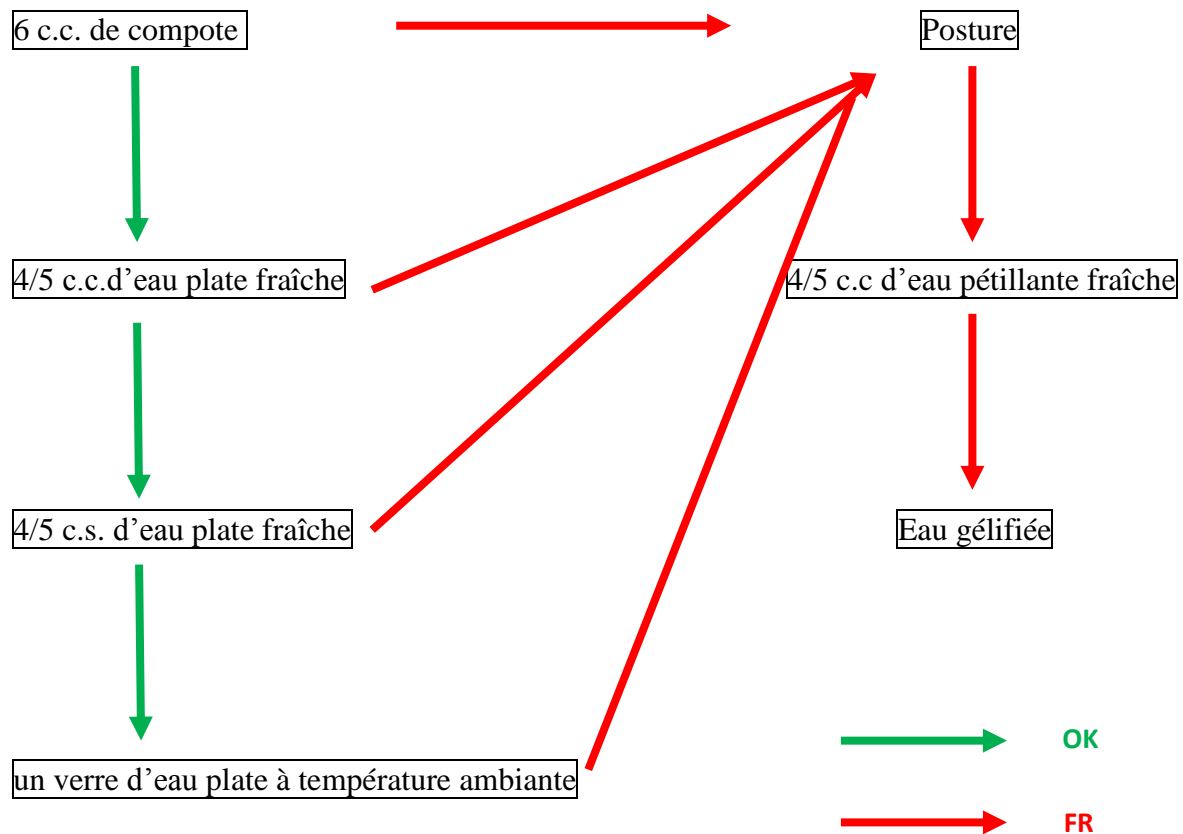
- Toux volontaire
- Hemmage

Etat bucco-dentaire (avec un abaisse-langue)

- Présence de mycose
- Présence de stases salivaires
- Port de prothèses dentaires

ÉVALUATION FONCTIONNELLE

Tests alimentaires



Observation de repas

Page 1

OBSERVATION D'UN REPAS

Identité du malade : Date :

Heure du repas :
Observé par :

Repas :	Préparations :	Boissons :
<input type="checkbox"/> Normal	<input type="checkbox"/> Préparation A	<input type="checkbox"/> Aucune
<input type="checkbox"/> Mouliné	<input type="checkbox"/> Préparation B	<input type="checkbox"/> Épaissies :
<input type="checkbox"/> Mixé	<input type="checkbox"/> Préparation C	<input type="checkbox"/> type :
<input type="checkbox"/> Mixé fluide		<input type="checkbox"/> avec :
<input type="checkbox"/> Liquide		<input type="checkbox"/> Normales

Installation : Assis **Degré d'autonomie :** Autonome
 Au lit Assistance verbale
 Assistance totale

Précisions éventuelles :

Geste alimentaire

- A des difficultés pour saisir les aliments
- A des difficultés pour mettre en bouche
- Mange trop vite
- Met trop de nourriture dans la bouche
- A des difficultés d'attention
- Position anormale
- Précisions éventuelles :

Temps oral

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Problème de dentier | <input type="checkbox"/> Des aliments restent dans la bouche |
| <input type="checkbox"/> Bave | <input type="checkbox"/> Tousse avant d'avaler |
| <input type="checkbox"/> Recrache | Si oui, |
| <input type="checkbox"/> Mâchonne | <input type="checkbox"/> sur quelles consistances : |
| <input type="checkbox"/> A du mal à mâcher | <input type="checkbox"/> après quelle quantité : |

Temps pharyngé

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> A des difficultés pour avaler | <input type="checkbox"/> Tousse |
| <input type="checkbox"/> Les aliments ressortent de la bouche | Si oui, |
| <input type="checkbox"/> Sensation d'aliments coincés ou collés dans la gorge | <input type="checkbox"/> au moment d'avaler |
| <input type="checkbox"/> Les aliments ressortent par le nez | <input type="checkbox"/> après avoir avalé |
| <input type="checkbox"/> Voix « mouillée » | <input type="checkbox"/> sur quelles consistances : |
| <input type="checkbox"/> S'étouffe | <input type="checkbox"/> après quelle quantité : |

A la fin du repas

Ingesta :

Nourriture délaissée

Consistance :

Raisons :

- Mauvais goût
- Manque d'appétit
- Fatigue
- Consistance inadaptée
- Tousse trop
- Les aliments bloquent
- Autre :

Durée du repas :

Conclusions diététiques :

Commentaire de l'observateur :

ANNEXE C : FICHE DE CONSEILS ALIMENTAIRES PERSONNALISÉS (Mme T.)

RÉGIME

- Mouliné fin

- Eau pétillante **fraîche**

POSTURE (pour liquides)

- Tête fléchie en avant : **menton vers la poitrine**



Mettre en bouche → Posture → Avaler → Relever la tête

AIDES

- Dépendance totale
- Troubles de l'attention fluctuant et fatigabilité :
 - **Stimuler** Mme T.
 - **Éviter les distractions**
 - **Fractionner** les repas

POSITIONNEMENT DE L'AIDANT

- Assis en **face à face**, un peu en **contrebas**.



Aidant debout

ANNEXE D : QUESTIONNAIRE

QUESTIONNAIRE

Ce questionnaire est anonyme.

I) A propos de vous

1- Quelle est votre profession ?

2- En quelle année avez-vous débuté votre exercice professionnel ?

3- Depuis combien de temps exercez-vous en milieu gériatrique ?

II) Concernant votre formation

1- Lors de votre formation initiale, les troubles de la déglutition ont-ils été abordés ?

Entourer

- Oui, de façon approfondie
- Oui, mais de façon succincte
- Non, pas du tout

2- Si, les troubles de la déglutition ont effectivement été abordés, quelles notions ont été évoquées ? Entourer

- Anatomie et physiologie de la déglutition
- Les différents types de fausses routes
- Adaptation de l'environnement
- Postures éventuelles

- Pathologies pouvant entraîner des troubles de la déglutition
- Symptôme témoignant d'un trouble de la déglutition
- Conséquences éventuelles d'un trouble de la déglutition
- Autres (préciser) _____

3- Au terme de votre formation initiale, estimez-vous avoir les outils nécessaires pour vous occuper d'un patient présentant un trouble de la déglutition ? Entourer

● Oui

● Non

4- Après votre formation initiale, avez-vous effectué une ou plusieurs formations complémentaires ?

● Oui, au sein de l'établissement dans lequel j'exerce

● Oui, en dehors de mon lieu d'exercice (dans ce cas, pouvez-vous préciser de quelle formation il s'agissait : cadre, intervenants...)

● Non

III) Dans votre pratique

1- Quel est votre ressenti au moment d'aborder le repas avec un patient présentant des troubles de la déglutition ?

2- Si ce ressenti est plutôt négatif, pouvez-vous préciser pourquoi ?

3- De quelle façon est installé le patient pour prendre son repas ?

4- Lorsque vous aidez à manger un patient présentant un trouble de la déglutition, comment vous placez-vous par rapport à lui ?

- en face
- sur le côté
- de trois quarts
- en contre-bas
- assis à la même hauteur
- debout
- autres (préciser) _____

5- Quels types de boissons proposez-vous en cas de troubles de la déglutition ?

6- Pouvez-vous classer ces boissons de la plus facile à la plus difficile à déglutir ? (Numéroter de 1 à 4)

- eau gazeuse
- eau gélifiée
- eau plate
- boissons épaissies

7- Parmi les propriétés relatives aux liquides, certaines facilitent-elles selon vous une bonne déglutition ? Si oui, entourer.

- température
 - chaude
 - froide

- ambiante

- viscosité
- goût, saveurs prononcées
- aspect pétillant

8- Concernant les solides, quelle texture favorisez-vous en cas de trouble de la déglutition ?

9- Pouvez-vous classer ces différentes textures de la plus facilitatrice à la moins aidante pour une bonne déglutition ? (Numéroter de 1 à 3)

- lisse = purée
- hachée = morceaux moelleux
- normal

10- Avez-vous remarqué certaines propriétés relatives aux aliments qui seraient susceptibles d'entraîner/majorer un trouble de la déglutition? Entourer

- granuleux
- juteux
- crémeux
- s'émiettant
- filandreux durs
- autres (préciser) _____

11- Quels sont pour vous les signes évocateurs d'un trouble de la déglutition ? Entourer

- au moment du repas

- gêne pour avaler
 - fuites alimentaires par la bouche
 - reflux d'aliments par le nez
 - sensation de blocage
 - déglutitions multiples
 - survenue de fausses routes évidentes
 - toux
 - modification de la voix au cours des repas
 - bavage
 - réduction des prises alimentaires
 - maintien prolongé des aliments en bouche
 - raclements de gorge
 - prolongation de la durée des repas
 - modifications respiratoires lors de la prise d'aliments ou de boissons
 - refus de participer à des repas en commun
 - amaigrissement, dénutrition, déshydratation, altération de l'état général
 - pneumopathies récidivantes
 - épisodes fébriles inexpliqués
 - encombrement bronchique
- en dehors du repas
- refus alimentaire

- amaigrissement inexpliqué
- dénutrition
- déshydratation
- altération de l'état général
- pneumopathies récidivantes
- pneumopathies d'inhalation
- épisodes fébriles inexpliqués
- encombrement bronchique

12- Selon vous à quoi peut être dû un trouble de la déglutition ?

13- Avez-vous déjà eu l'occasion de rencontrer certains de ces accessoires ? Entourer

- verres ou gobelets spéciaux
- bords surélevés s'adaptant à toutes les assiettes ou assiettes avec bord surélevé
- couverts spéciaux
- set antidérapant pour les assiettes
- autres (préciser) _____

14- A quels éléments environnementaux prêtez-vous attention lors du repas ?

- environnement calme, éviter les distractions (télé, radio)
- préparation et disposition du plateau
- distance par rapport à la table

●réguler le geste de mise en bouche (vitesse d'alimentation, comportement face à l'alimentation, grosseur des bouchées ingérées)

●temps de repas

●fractionner les prises alimentaires

●médicaments sous forme adaptées

●prothèse dentaire adaptée et en place

●hygiène bucco-dentaire

●autres (préciser) _____

IV) Collaboration avec les autres professionnels

1- Y a-t-il une orthophoniste dans votre service ?

2- Si oui, êtes-vous en contact avec elle pour les patients présentant des troubles de la déglutition ? Entourer

●pour tous

●seulement pour certains d'entre eux

●pour aucun

3- En quoi consiste votre partenariat avec l'orthophoniste ? Entourer

●information sur le trouble

●conseils sur les conduites à tenir : postures, textures...

●autre (préciser) _____

4- Vous arrive-t-il de faire remonter des informations concernant le déroulement du repas à l'orthophoniste ? Entourer

- toujours
- souvent
- parfois
- rarement
- jamais

5- Si oui, de quels types d'information s'agit-il ? Entourer

- remarques sur le plateau du patient
- respect de la posture éventuelle
- installation du patient
- observation de certaines difficultés
- autre (préciser) _____

6- De quelle façon échangez-vous avec l'orthophoniste ? Entourer

- transmission orale
- via un logiciel de transmission
- grâce à un support papier
- autre (préciser) : _____

7- Avec quel(s) autre(s) profession(s) êtes-vous en contact pour des patients présentant des troubles de la déglutition ? Entourer

Pour chacune des professions désignées, préciser la fréquence de vos échanges (fréquents, réguliers, rares, inexistants), le support de vos échanges (oral, informatique, écrit, autres).

- ASH
- aides-soignants
- infirmiers
- kinésithérapeutes
- diététicien(ne)
- autre (préciser) : _____

V) Attentes et besoins

1- Pour vous, la problématique des troubles de la déglutition est-elle importante dans la démarche de soins ?

● Oui

● Non

2- Vous est-il arrivé de vous sentir en difficulté face à un patient présentant un trouble de la déglutition ?

● Oui

● Non

3- Si oui, pour quelles raisons ?

4- Ressentez-vous le besoin d'informations complémentaires au sujet des troubles de la déglutition ?

● Oui

● Non

5-Si oui, quelles notions vous semble-t-il nécessaire d'aborder ? (Prioriser les notions cochées)

- Anatomie et physiologie de la déglutition
- Les différents types de fausses routes

- Symptômes, signes évocateurs
- Conseils concernant l'adaptation de l'environnement
- Informations concernant les textures
- Informations concernant les postures
- Autres (préciser) : _____

6- Sous quelle forme ces compléments d'information vous semblerait-il le plus adapté ?

- Formation sur votre lieu d'exercice
- Support écrit
- Autres (préciser) : _____

N'hésitez pas à me faire part de toutes remarques ou commentaires éventuelles :

Merci de votre participation !

Titre du mémoire :

La dysphagie en milieu hospitalier gériatrique : importance du partenariat orthophoniste – personnel soignant.

Résumé :

En milieu hospitalier gériatrique, la prise en charge des troubles de la déglutition s'inscrit dans une volonté d'optimisation de la qualité de vie des patients.

Ce mémoire propose une étude qualitative de l'impact de la pluridisciplinarité dans la prise en charge de la dysphagie sur une population de huit patients. Pour ce faire, il a été effectué, pendant un mois, deux types de suivi qui ont, ensuite, été comparés. Quatre patients ont bénéficié d'un suivi orthophonique seul et les quatre autres d'un suivi pluridisciplinaire. La confrontation des résultats a permis de mettre en évidence les bénéfices d'un travail pluridisciplinaire sur le plan nutritionnel mais surtout sur le plan émotionnel. Travailler en lien étroit avec les soignants est donc un élément central et incontournable de toute prise en charge des troubles de la déglutition chez des patients âgés et hospitalisés.

Mots-clés : gériatrie, dysphagie, pluridisciplinarité

Title :

Dysphagia in geriatric hospitals : the importance of a partnership between speech therapists and caregivers.

Abstract:

In geriatric hospitals, the management of deglutition disorders aims at enhancing the patients' quality of life.

This study offers a qualitative assessment of the impact of a comprehensive approach to the management of dysphagia carried out on a population of eight patients. In order to achieve this, two types of follow-up treatments were proposed and then compared. Four patients only received a speech therapy program while the others received a multidisciplinary program. By comparing the results, it was possible to highlight the benefits of a multidisciplinary program on food taking but also in terms of emotional well-being. Working closely with the nursing staff is indeed the key to the management of deglutition disorders in a population of elderly and hospitalized patients.

Key words: geriatrics, dysphagia, comprehensive approach

Nombre de pages : 59 + 19 pages d'annexes

Nombre de références bibliographiques : 49