



HAL
open science

Prise en charge des troubles de la déglutition chez les patients âgés par les médecins généralistes picards

Nadège Pierre-Louis

► **To cite this version:**

Nadège Pierre-Louis. Prise en charge des troubles de la déglutition chez les patients âgés par les médecins généralistes picards. Médecine humaine et pathologie. 2016. dumas-01398063

HAL Id: dumas-01398063

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01398063v1>

Submitted on 16 Nov 2016

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.

THESE

pour le

**DOCTORAT EN MEDECINE
DIPLOME D'ETAT
MEDECINE GENERALE**

présentée et soutenue publiquement
le 15 SEPTEMBRE 2016

par

Madame Nadège PIERRE-LOUIS

Née le 05 février 1983 à Cayenne (GUYANE FRANCAISE)

<p>PRISE EN CHARGE DES TROUBLES DE LA DEGLUTITION CHEZ LES PATIENTS ÂGES PAR LES MEDECINS GENERALISTES PICARDS</p>

PRESIDENT DU JURY : Monsieur le Professeur Vladimir STRUNSKI

MEMBRES DU JURY : Monsieur le Professeur Hervé DUPONT
Monsieur le Professeur Michel ANDREJAK
Monsieur le Professeur Jean-Marc CONSTANS
Madame le Docteur Aurélie BIET HORNSTEIN
Madame le Docteur Sophie TASSEEL-PONCHE

DIRECTEUR DE THESE : Monsieur le Docteur Frédéric LECLERCQ

REMERCIEMENTS

Au président du jury,

Monsieur le Professeur Vladimir STRUNSKI

Professeur des Universités-Praticien Hospitalier (Oto Rhino Laryngologie)

Chef du Service ORL et Chirurgie de la face et du cou

Pôle des 5 sens

Chevalier dans l'Ordre des Palmes Académiques

Je vous remercie de l'honneur que vous me faites de présider ma thèse. Veuillez recevoir le témoignage de ma profonde considération.

Aux membres du jury,

Monsieur le Professeur Hervé DUPONT

Professeur des Universités-Praticien Hospitalier (Anesthésie-Réanimation)

Chef du service de Réanimation Polyvalente

Chef du Pôle Anesthésie-Réanimations

Assesseur 2^{ème} cycle

Vous me faites l'honneur de juger mon travail. Soyez assuré de mon profond respect.

Monsieur le Professeur Michel ANDREJAK

Professeur des Universités-Praticien Hospitalier consultant (Pharmacovigilance fondamentale clinique)

Ancien Directeur du Centre Régional de Pharmacovigilance d'Amiens

Ancien Responsable du service de pharmacologie clinique

Pôle Biologie, Pharmacie et Santé des populations

Officier dans l'Ordre des Palmes Académiques

Vous me faites l'honneur de siéger parmi les membres de ce jury. Veuillez trouver ici le témoignage de ma plus grande reconnaissance.

Monsieur le Professeur Jean-Marc CONSTANS

Professeur des Universités-Praticien Hospitalier (Radiologie et Imagerie médicale)
Pôle Imagerie

Vous me faites l'honneur de juger mon travail. Soyez assuré de mon profond respect et de ma sincère reconnaissance.

Madame le Docteur Sophie TASSEEL-PONCHE

Praticien Hospitalier Universitaire
Médecine Physique et de Réadaptation

Vous me faites l'honneur d'accepter de juger ce travail. Veuillez trouver ici mes plus sincères remerciements.

Madame le Docteur Aurélie BIET HORNSTEIN

Praticien Hospitalier (ORL et Chirurgie Cervico-faciale)

Vous me faites l'honneur d'accepter de siéger parmi les membres de ce jury. Veuillez trouver ici le témoignage de ma plus grande reconnaissance.

Au directeur de thèse.

Monsieur le Docteur Frédéric LECLERCQ

Praticien Hospitalier (Gériatrie)
Responsable de l'unité fonctionnelle de gériatrie
GHPSO Site de Senlis

Vous m'avez fait l'honneur d'accepter de diriger mon travail de fin d'étude, vous avez été disponible et attentif. Soyez assuré de ma profonde gratitude.

A mon entourage,

J'adresse toute ma gratitude à toutes les personnes qui m'ont aidé aussi bien dans la réalisation de ce travail que dans la vie lorsque j'en avais besoin :

Mes parents, mes sœurs, mon frère et mon Tony: pour votre soutien irremplaçable et inconditionnel. Vous avez toujours cru en moi et sans vous, je ne serais pas ce que je suis aujourd'hui. Vous m'avez permis de faire cette thèse dans de bonnes conditions. Cette thèse est aussi la vôtre.

Mes deux trésors, pour votre patience et votre amour. Maman vous aime tant.

Mes nièces et neveux, Tata vous aime à la folie.

Carmie, Judith, Manuel, Medjina, Rosamène et Sergi : pour votre gentillesse.

Sherley (et ta petite famille) : Ma sœur de cœur, toujours proche même si la distance nous sépare.

Jacob pour ta bienveillance envers moi.

Freedom : Merci pour tes conseils et surtout pour ta patience que tu as manifestée à mon égard durant cette thèse.

Thierry pour ton aide statistique et tes conseils.

Cécile, Emmanuel, Fatima et Stella pour votre gentillesse et votre aide.

Toutes les personnes formidables que j'ai eu le plaisir de côtoyer durant ces années d'études, qui sont aujourd'hui des ami(e)s: Agila, Camélia, Hamida, Jasmina, Mehdi, Myriam, Pressena, Sélio, Smitha et les « Banguistes ».

Mes amies d'enfance : Emily et Natacha, toujours là pour moi.

J'en oublie certainement encore et je m'en excuse.

Je souhaite également remercier l'ensemble des personnes qui ont accepté de répondre à mon questionnaire.

Un grand merci à tous pour m'avoir conduit à ce jour mémorable.

TABLE DES MATIERES

REMERCIEMENTS	2
TABLE DES MATIERES	5
ABREVIATIONS	7
INTRODUCTION.....	8
MATÉRIEL ET MÉTHODES	10
I. Période de l'étude.....	10
II. Population d'étude	10
III. Caractéristiques de l'étude.....	10
IV. Taille de l'échantillon.....	11
V. Support de l'étude : le questionnaire	11
VI. Protocole de l'étude.....	11
VII. Recherche documentaire	12
VIII. Analyse statistique des données.....	12
RESULTATS	13
I. Déroulement de l'étude	13
II. Sexe ratio de l'échantillon	14
III. Le profil professionnel de l'échantillon.....	15
IV. La patientèle de l'échantillon	17
V. La formation médicale de l'échantillon.....	20
VI. La place du médecin généraliste	20
VII. La perception du trouble de la déglutition	21
VII.1. Sur le diagnostic	21
VII.2. Sur la prise en charge	22
VIII. Pratiques professionnelles	24
DISCUSSION	37
I. Commentaires sur l'échantillon	38
II. Comparaison avec la littérature	39
III. Que retenir de cette étude ?	42
IV. Limites de l'étude.....	43
V. Forces de l'étude.....	43
VI. Perspectives pour l'avenir	44

CONCLUSION	45
BIBLIOGRAPHIE	46
ANNEXE	50

ABREVIATIONS

AVC : Accident Vasculaire Cérébral

CHU : Centre Hospitalier Universitaire

CNOM : Conseil National de l'Ordre des Médecins

EPU : Enseignements Post Universitaires

HAD : Hospitalisation A Domicile

HAS : Haute Autorité de Santé

INSEE : Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques

OMEDIT : Observatoire des Médicaments, des Dispositifs médicaux et des Innovations Thérapeutiques.

ORL : Oto-rhino-laryngologiste

SFGG : Société Française de Gériatrie et de Gérontologie

SPLF : Société de Pneumologie de Langue Française

TOGD: Transit Oeso-Gastro-Duodénale

INTRODUCTION

L'alimentation est indispensable au bon fonctionnement de l'organisme, c'est un besoin fondamental. Avec la respiration, c'est l'une des fonctions primordiales pour le maintien de la vie (1,2). La déglutition est l'ensemble des mécanismes qui nous permettent d'avaler les solides et les liquides et de les faire passer de la bouche vers l'estomac. Manger c'est se rassembler, partager, désirer, voir, sentir, saliver, goûter, c'est aussi déglutir plus de 300 fois par heure lors d'un repas (3,4).

La déglutition remplit une double fonction : le transport des aliments de la cavité buccale à l'estomac et la protection des voies aériennes contre l'inhalation (5). Si se nourrir est une nécessité pour tous, un plaisir pour beaucoup et un péché pour certains, cet acte représente un danger pour d'autres (4,6). Le trouble de la déglutition est défini comme un trouble du transfert de la nourriture vers l'estomac. Cette difficulté à avaler ou dysphagie peut avoir des conséquences graves comme la survenue de fausses routes (7).

Tous les âges sont concernés par ce trouble.

La dysphagie est fréquente chez les adultes vieillissants. Sa prévalence dans cette population est estimée entre 8 et 15 % chez les sujets vivant à domicile, et de 30 à 40 % chez les sujets vivant en institution (4,8–11). Cette prévalence est probablement sous-estimée du fait d'une méconnaissance de ce trouble et d'un diagnostic parfois compliqué (2). Selon l'Institut national de la statistique et des études économiques (INSEE), au 1^{er} janvier 2016, 18 % de la population nationale et 17 % de la population picarde étaient âgées de plus de 65 ans (12,13).

Le trouble de la déglutition de la personne âgée devient un problème de santé publique (7). Son impact sur la qualité de vie des personnes et leur santé est important (1). La littérature médicale s'intéresse plutôt à l'incidence ou à la prévalence de la dysphagie à l'intérieur d'une pathologie spécifique comme les accidents vasculaires cérébraux ou les syndromes parkinsoniens ; la dysphagie n'est pas une maladie mais plutôt un symptôme d'une ou plusieurs pathologies sous-jacentes.

Les troubles de la déglutition de la personne âgée ont souvent une expression frustrée, insidieuse (7). Ils vont progressivement perturber la nutrition, induire des difficultés pour la prise des médicaments, augmenter la durée des repas et de ce fait engendrer de la fatigue et une perte de poids. Ils altèrent la qualité de la vie en transformant le moment privilégié du repas en une épreuve pénible (14). Ils peuvent entraîner des conduites d'évitement et faire naître une anxiété.

Les troubles de la déglutition peuvent menacer le pronostic vital lorsqu'ils entraînent des fausses routes, des pneumopathies d'inhalation, une dénutrition et une déshydratation (7). De présentation silencieuse, c'est alors à travers ces complications que le diagnostic est posé tardivement (1). On estime en France à 4000, le nombre de décès par an liés aux troubles de la déglutition (4).

Les étiologies de troubles de la déglutition sont nombreuses. Leur dépistage est à la portée de chaque praticien, le but étant de sécuriser la déglutition, de minimiser les risques de broncho-aspiration et d'éviter une perte pondérale progressive.

Depuis 2004, avec la déclaration obligatoire du médecin traitant, le médecin généraliste apparaît comme le maillon central dans la prise en charge du patient (15,16). Le médecin généraliste est l'acteur principal de ce dépistage de par sa position privilégiée de soignant de premier recours. Il n'existe pas d'études sur l'implication du médecin généraliste dans la prise en charge des troubles de la déglutition en médecine de ville. Il nous a semblé intéressant d'évaluer ses connaissances et ses pratiques.

L'objectif principal de cette étude est d'évaluer la prise en charge des médecins généralistes picards chez la personne âgée de plus de 65 ans vivant à domicile en réalisant un état des lieux de leurs connaissances et de leurs pratiques.

MATÉRIEL ET MÉTHODES

Il s'agissait d'une étude quantitative et descriptive portant sur la prise en charge par les médecins généralistes libéraux picards des troubles de la déglutition de la personne âgée de plus de 65 ans vivant à domicile.

I. Période de l'étude

L'étude a été réalisée de mai à juillet 2016.

Deux relances ont été réalisées avec un intervalle de 10 jours.

II. Population d'étude

Les critères d'inclusion :

La population étudiée était constituée de l'ensemble des médecins généralistes libéraux exerçant en Picardie qui ont accepté de répondre au questionnaire et pour lesquels on disposait de l'ensemble des données.

Cette population incluait les médecins généralistes:

- Installés ou remplaçants,
- Exerçant dans un cabinet seul ou en groupe,
- Sans distinction d'âge ou de sexe.

Les critères d'exclusion concernaient les médecins généralistes :

- Ayant une activité salariée pure,
- Ayant une activité d'urgentiste pure,
- Ayant une activité hospitalière pure,
- Ayant participé à la rédaction de l'étude.

III. Caractéristiques de l'étude

Les caractéristiques démographiques de la population de l'étude étaient répertoriées (le sexe, l'âge, le mode d'exercice, le milieu d'exercice, le département d'exercice, l'ancienneté d'exercice et le type de patientèle).

On définit :

- Un milieu urbain comme l'ensemble des communes présentant une zone de bâti continu qui compte au moins 2000 habitants (17).

- Un milieu rural comme les communes qui ne rentrent pas dans la constitution d'un milieu urbain : les communes sans zone de bâti continu de 2000 habitants et celles dont moins de la moitié de la population municipale est dans une zone de bâti continu (17).
- Un milieu semi-urbain ou périurbain comme l'ensemble des communes dont 40 % des habitants ayant un emploi vont travailler dans le milieu urbain (18).

IV. Taille de l'échantillon

Il s'agissait de médecins généralistes libéraux exerçant en Picardie de tout âge et en exercice pendant la période de l'enquête.

Les adresses électroniques des médecins ont été obtenues de plusieurs façons :

- Par contact téléphonique auprès des médecins, en récupérant leur numéro sur le site de l'assurance maladie de façon aléatoire.
- Par contact téléphonique auprès du secrétariat départemental de la faculté de médecine d'Amiens.
- Par contact auprès des responsables des Enseignements Post Universitaires (EPU) de Senlis et de Compiègne.

V. Support de l'étude : le questionnaire

Le questionnaire était constitué de 28 questions (*Annexe 1*) :

- 24 questions fermées à choix simples et multiples.
- 4 questions ouvertes où le praticien pouvait librement proposer une réponse.

Le questionnaire était structuré en 5 parties :

- Le profil personnel,
- Le profil professionnel,
- L'activité professionnelle,
- La perception du trouble de la déglutition,
- La pratique.

Il a été testé sur 5 médecins généralistes préalablement.

VI. Protocole de l'étude

Le questionnaire a été envoyé par courrier électronique par le biais d'une plate-forme sur internet à l'ensemble des médecins généralistes sous la forme d'un lien permettant d'accéder

directement au questionnaire. Les réponses ont été enregistrées de manière anonyme sur un serveur internet.

Le questionnaire en ligne comportait certaines réponses obligatoires, c'est-à-dire qu'il était impossible de passer à la question suivante sans avoir répondu à la question actuelle.

Certains questionnaires ont été envoyés par télécopie pour les médecins refusant de communiquer leur adresse électronique. Les réponses ont ensuite été saisies manuellement sur l'informatique afin de les comparer aux autres réponses enregistrées.

VII. Recherche documentaire

La recherche documentaire initiale a été effectuée sur des bases de données bibliographiques par l'intermédiaire de sites internet des sociétés savantes compétentes dans le domaine (Medline/Pubmed, Google Scholar).

VIII. Analyse statistique des données

L'ensemble des réponses a subi une analyse statistique descriptive.

Les résultats sont représentés sous forme de pourcentage.

Les données ont été saisies et analysées sur un tableur Excel 14.5.3 (Microsoft Inc.).

RESULTATS

I. Déroulement de l'étude

93 appels téléphoniques ont été effectués aux médecins généralistes :

- 56 médecins ont accepté de communiquer leur adresse électronique,
- 12 médecins ont préféré communiquer leur numéro de télécopie,
- 25 médecins ont refusé.

La secrétaire du département de médecine générale a envoyé le questionnaire aux 175 maîtres de stage de la Picardie.

211 adresses électroniques ont été obtenues par la liste de diffusion des EPU de Compiègne et de Senlis réparti comme tel : 98 de l'EPU de Senlis et 113 de l'EPU de Compiègne.

233 adresses électroniques ont été obtenues par la liste de diffusion des internes inscrits en médecine générale en 2012.

Au total, le questionnaire a été envoyé à 675 médecins par courrier électronique et à 12 médecins par télécopie.

53 adresses électroniques n'existaient plus.

16 médecins étaient exclus pour les raisons suivantes :

- 3 n'exerçaient plus en Picardie,
- 1 était urgentiste,
- 3 étaient à la retraite,
- 6 travaillaient en milieu hospitalier,
- 1 était chirurgien,
- 2 étaient médecins salariés.

Nous avons obtenus 132 réponses : 131 par courrier électronique et 1 par télécopie.

Notre taux de réponses était de 21 %.

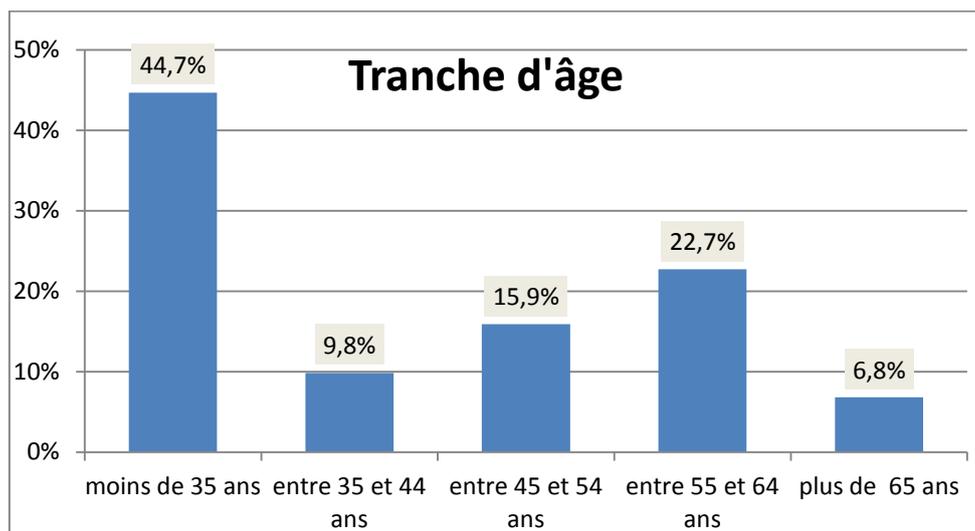
II. Sexe ratio de l'échantillon

Tableau 1 : Caractéristique de l'échantillon en fonction du sexe.

	Nombre de médecin (n=132)	Pourcentage de médecins (%)
Hommes	63	48
Femmes	69	52

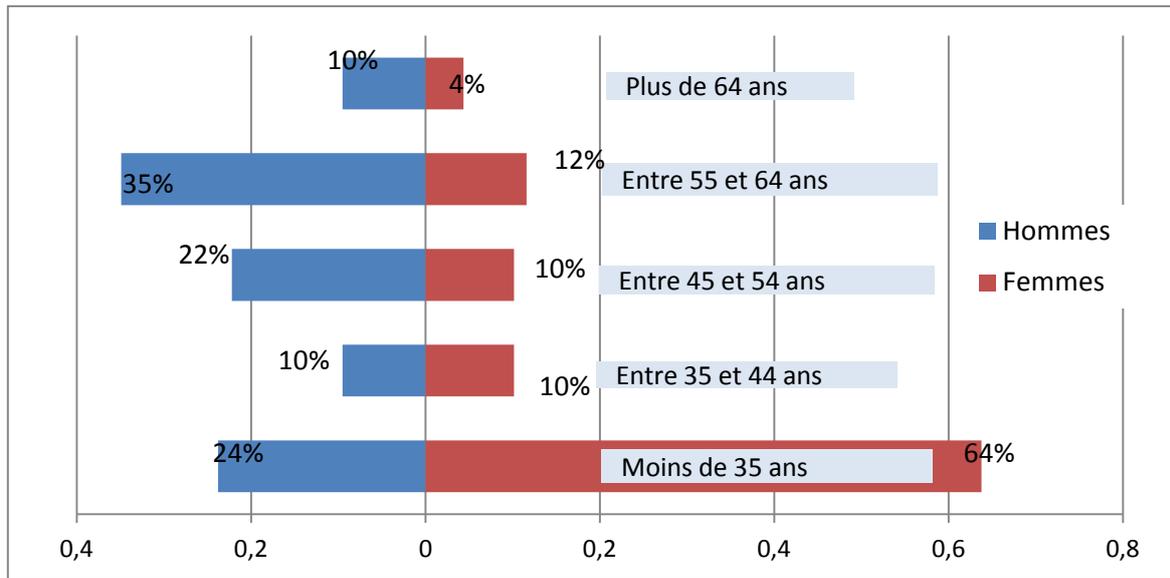
Pour tous âges confondus, le sexe ratio était similaire (Tableau 1).

Figure 1 : Caractéristique de l'échantillon en fonction de l'âge.



44,7 % des médecins interrogés avaient moins de 35 ans et 6,8 % plus de 65 ans (figure 1).

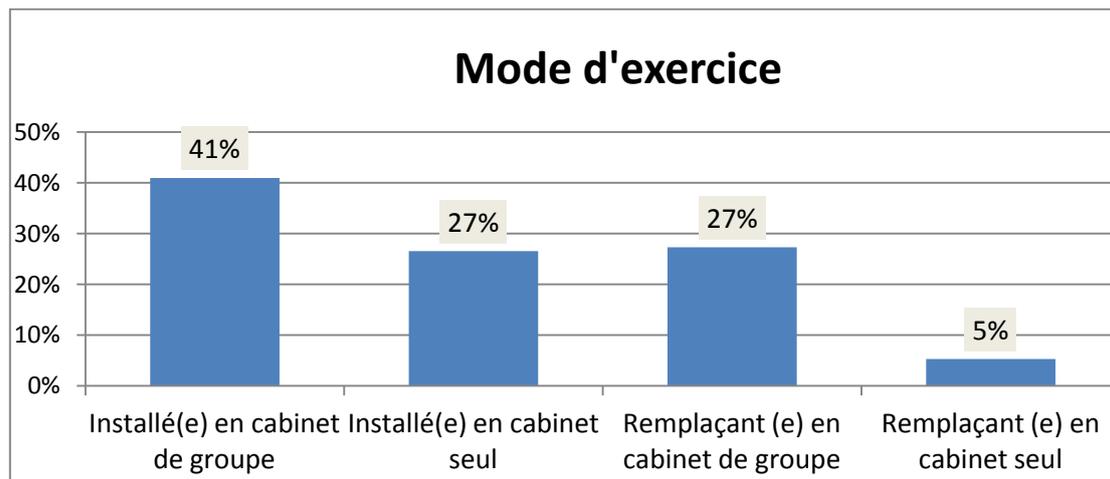
Figure 2 : Caractéristique de l'échantillon en fonction de l'âge et du sexe.



La proportion de femmes ayant moins de 35 ans était plus importante par rapport aux hommes (64 % vs 24 %). Pour la tranche d'âge 35-45 ans, la proportion était similaire (10 %). Pour les autres tranches d'âge, la proportion d'hommes était supérieure (figure 2).

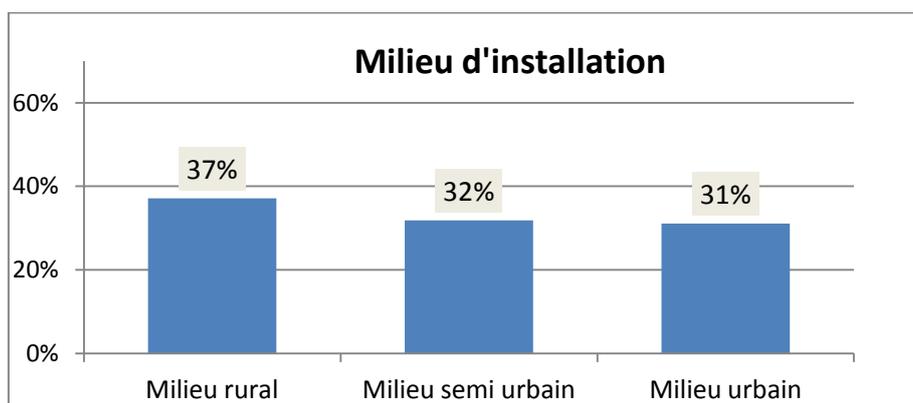
III. Le profil professionnel de l'échantillon

Figure 3 : Caractéristique de l'échantillon en fonction du mode d'exercice.



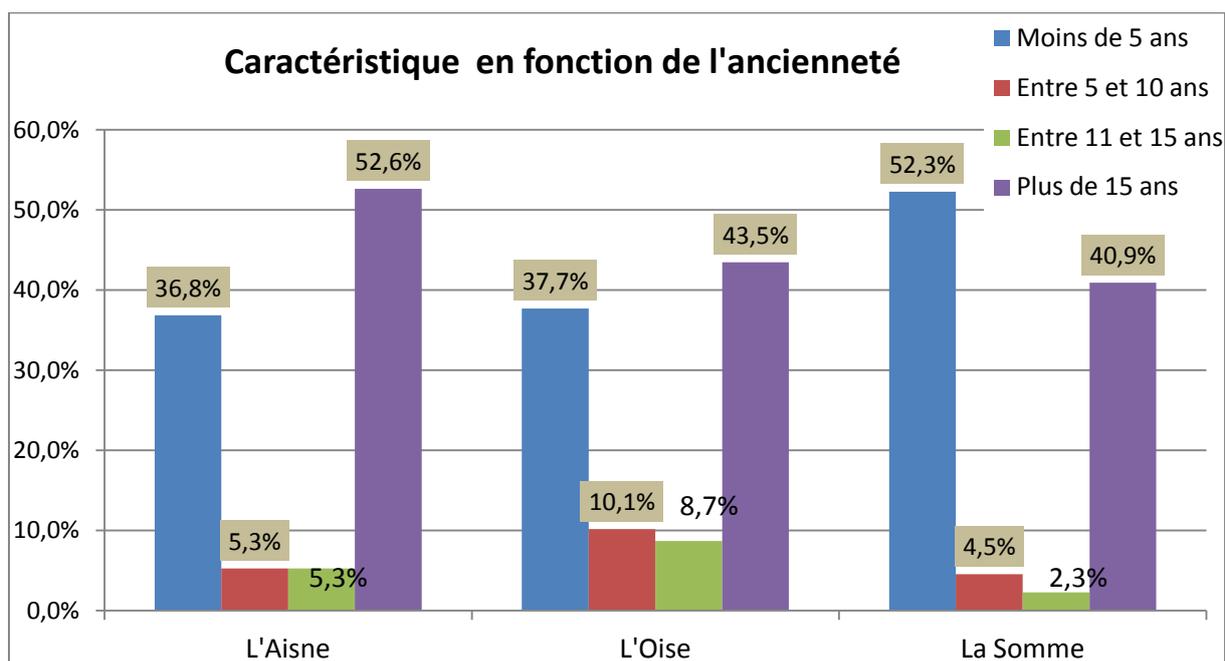
68% des médecins interrogés étaient installés (figure 3) et la majorité exerçait en cabinet de groupe.

Figure 4 : Caractéristique de l'échantillon en fonction du milieu d'exercice.



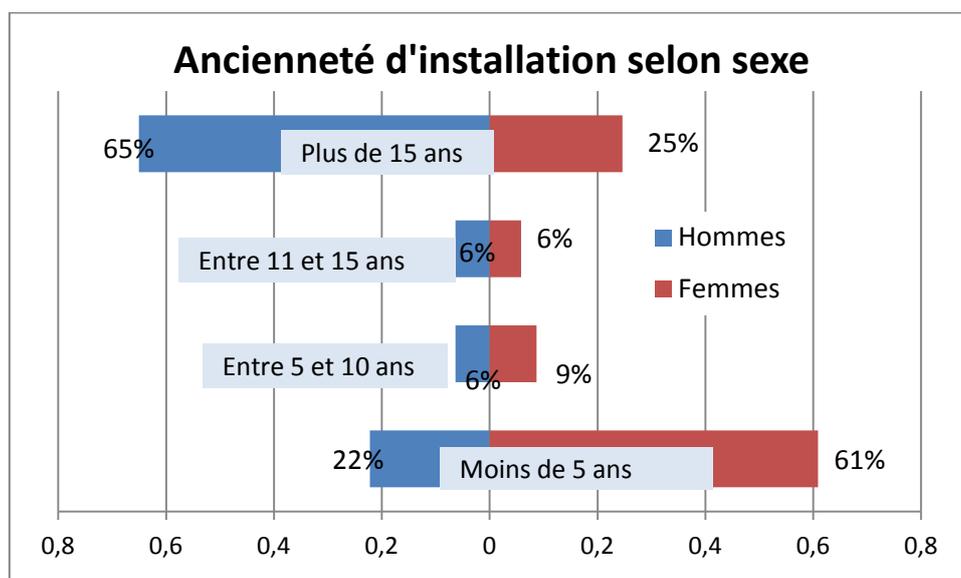
La répartition des médecins interrogés était équilibrée entre les milieux d'installation (figure 4).

Figure 5 : Caractéristique de l'échantillon en fonction de l'ancienneté.



L'Aisne comptait plus de médecins ayant plus de 15 ans d'exercice alors que dans la Somme, c'était les médecins ayant moins de 5 ans qui étaient majoritaires (figure 5).

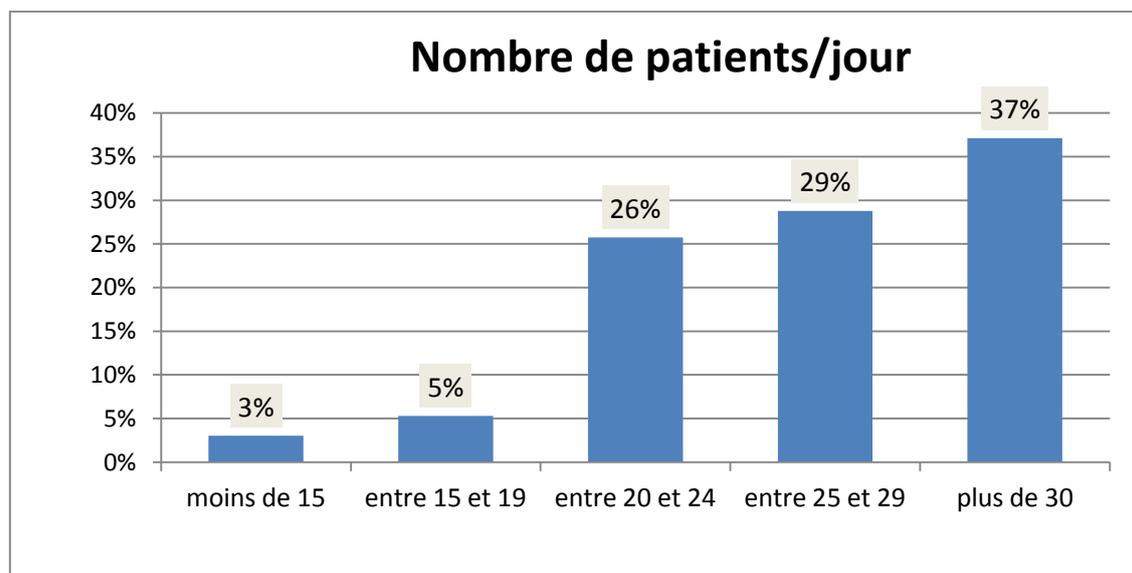
Figure 6 : Ancienneté d'installation en fonction du sexe.



La proportion de femmes exerçant depuis moins de 5 ans était majoritaire (figure 6).

IV. La patientèle de l'échantillon

Figure 7 : Nombre de consultations par jour.



La majorité des médecins interrogés consultait plus de 20 patients par jour (figure 7).

Figure 8 : Nombre de consultation par jour concernant les plus de 65 ans.

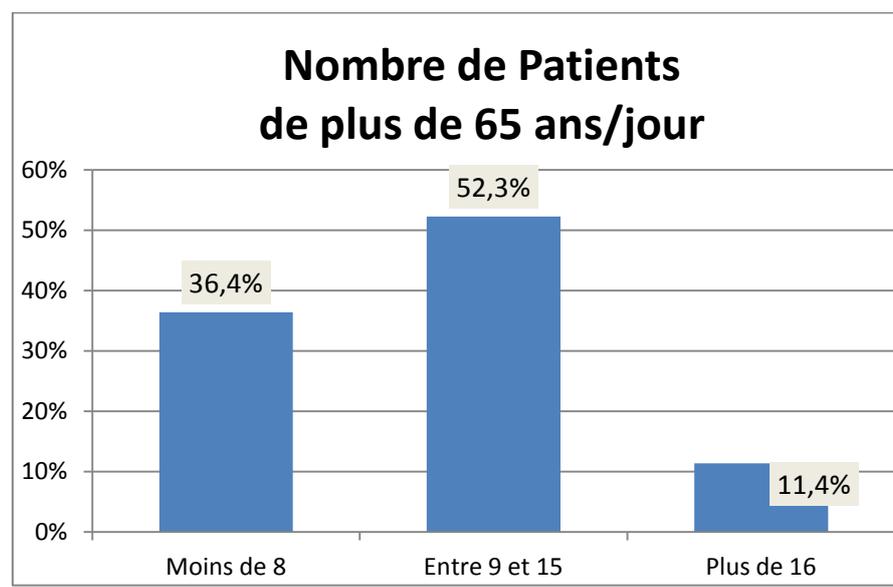
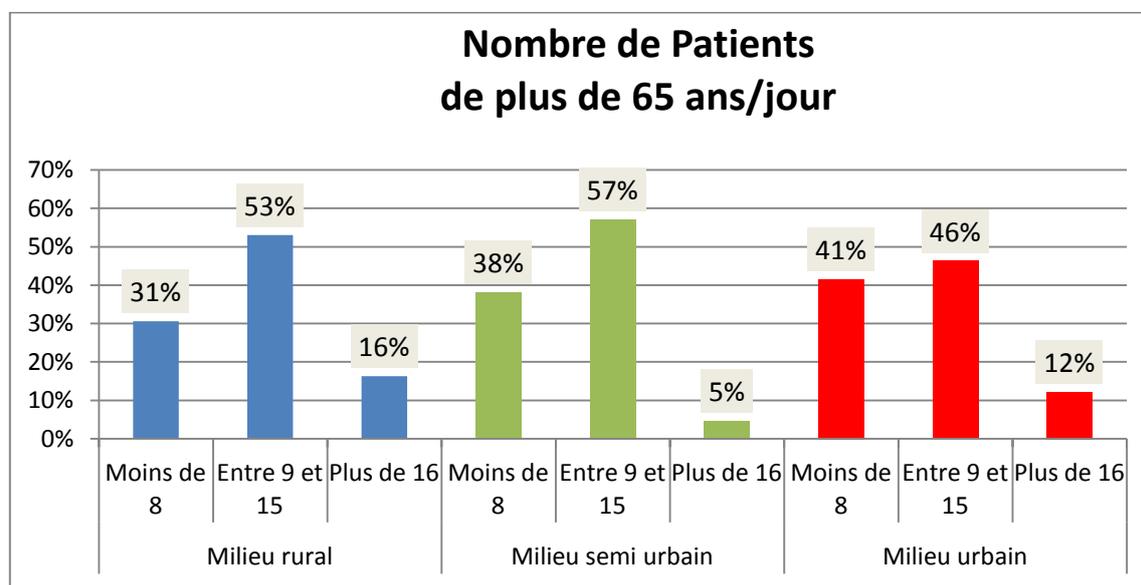
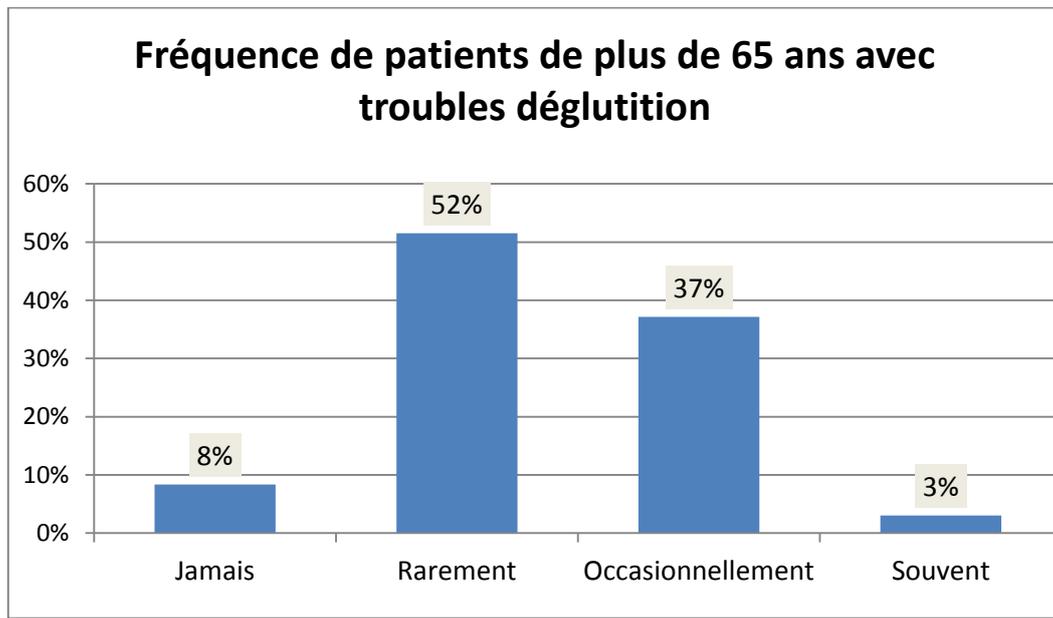


Figure 9 : Consultation de personnes âgées de plus de 65 ans en fonction du milieu d'exercice.



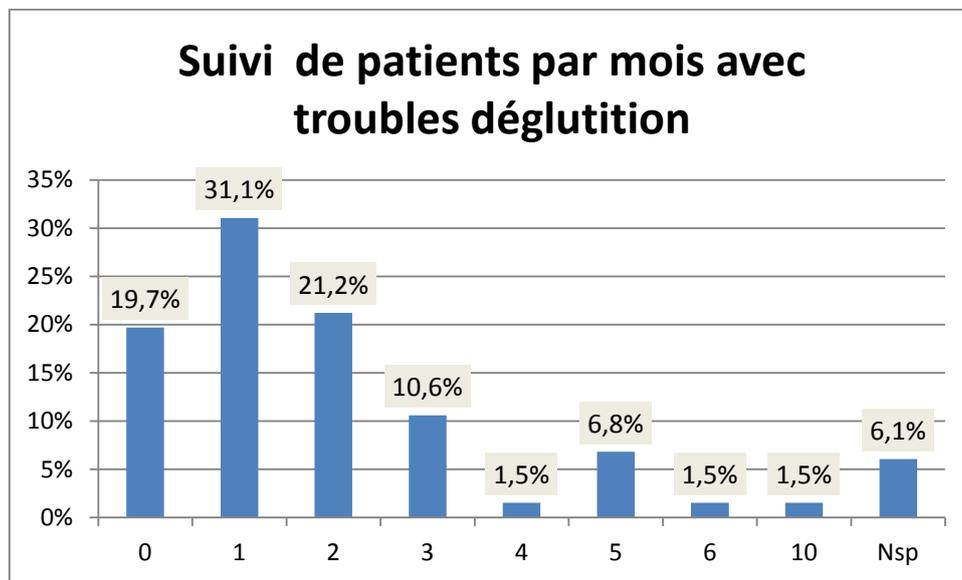
La majorité des médecins sondés consultait moins de 16 patients âgés de plus de 65 ans tout milieu d'exercice confondu (figures 8 et 9).

Figure 10 : Fréquence de patients de plus de 65 ans avec des troubles de la déglutition.



La moitié des médecins sondés rencontraient rarement des troubles de la déglutition auprès de patients de plus de 65 ans (figure 10).

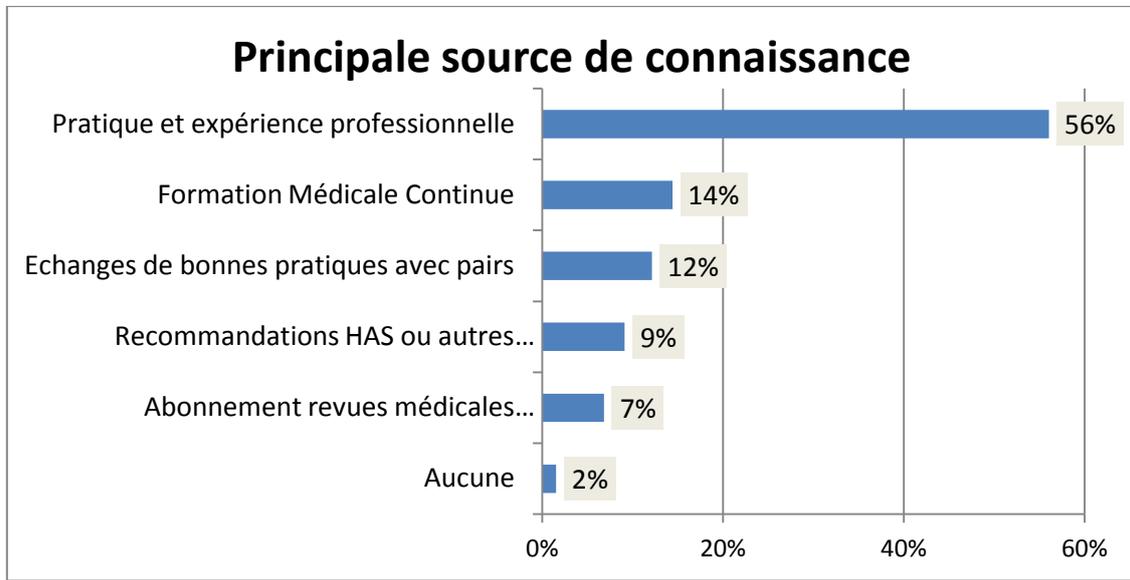
Figure 11 : Suivi de patients par mois avec des troubles de la déglutition.



La majorité de l'échantillon médical suivait en consultation moins de 10 patients avec des troubles de la déglutition par mois. 19,7 % n'avait pas de patient présentant ce trouble (figure 11).

V. La formation médicale de l'échantillon

Figure 12 : Sources de connaissance.



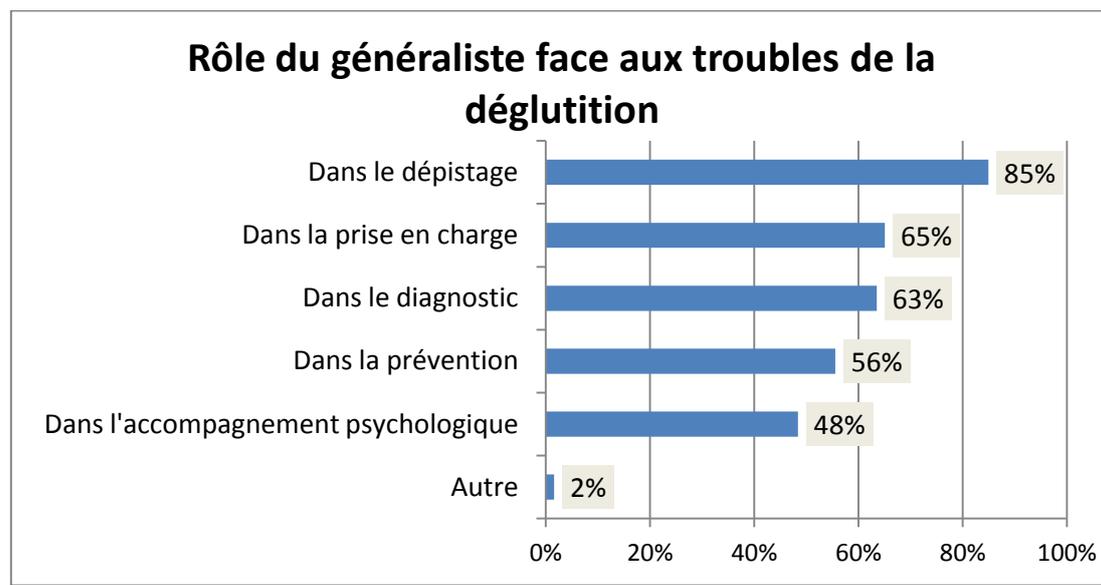
La pratique et l'expérience professionnelle étaient les principales sources de connaissance des médecins interrogés (figure 12).

VI. La place du médecin généraliste

	Nombre de médecins	Pourcentage de médecins (%)
OUI	126	95,5
NON	6	4,5

95,5 % de l'échantillon a répondu que le médecin généraliste avait sa place dans la prise en charge des troubles de la déglutition (Tableau 2).

Figure 13 : Rôle du médecin généraliste face aux troubles de la déglutition.

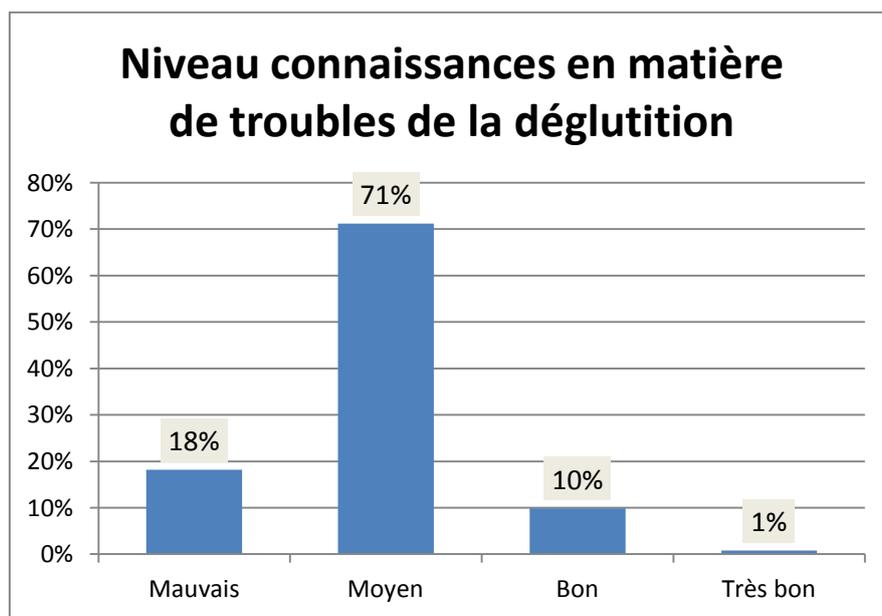


Le rôle du médecin généraliste dans le dépistage arrivait en tête suivi du rôle dans le diagnostic et dans la prise en charge des troubles de la déglutition (figure 13).

VII. La perception du trouble de la déglutition

VII.1. Sur le diagnostic

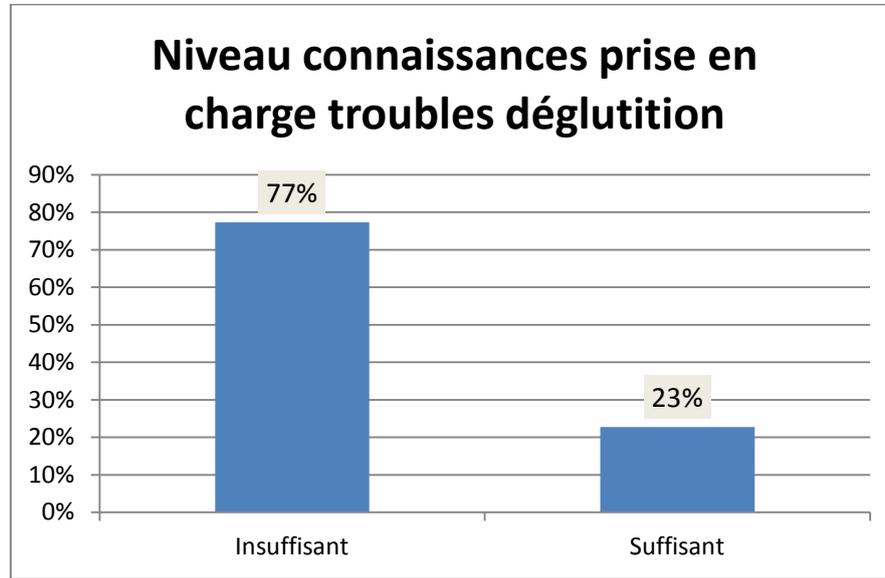
Figure 14 : Niveau de connaissances en matière de troubles de la déglutition.



71 % de l'échantillon reconnaissaient avoir un niveau « moyen »(figure 14).

VII.2. Sur la prise en charge

Figure 15 : Niveau de connaissance sur la prise en charge des troubles de la déglutition.



La majorité de l'échantillon estimait avoir un niveau de connaissance sur la prise en charge des troubles de la déglutition insuffisante (figure 15).

Tableau 3 : Niveau de connaissance (réponses rédigées librement)		
	Nombre de médecins (n=132)	Pourcentage de médecins (%)
Niveau suffisant :	29	22
➤ Aucunes réponses	8	6
➤ Connaissances adaptées	7	5.5
➤ Trouble rencontré assez souvent lors de leur pratique professionnelle.	6	4.5
➤ Ont bénéficiés d'une formation.	4	3
➤ Trouble peu fréquent	2	1.5
➤ Sont aidés de spécialistes	2	1.5
Niveau insuffisant :	103	78
➤ Absence de formation	44	33.3
➤ Trouble peu fréquent dans leur pratique.	17	13
➤ Absence de connaissances	11	8.3
➤ Adresse le patient aux spécialistes	7	5.3
➤ Envie d'apprendre plus.	7	5.3
➤ Pas de réponses	7	5.3
➤ Manque de temps	6	4.5
➤ Prise en charge multidisciplinaire et complexe.	4	3

Le tableau 3 mentionnait des items évoqués par l'échantillon afin de justifier leur niveau de connaissance. 77 % des médecins interrogés avaient répondu avoir un niveau de connaissance insuffisant. L'absence de formation était citée par la majorité.

VIII. Pratiques professionnelles

Figure 16-a : Troubles de la déglutition selon les pathologies.

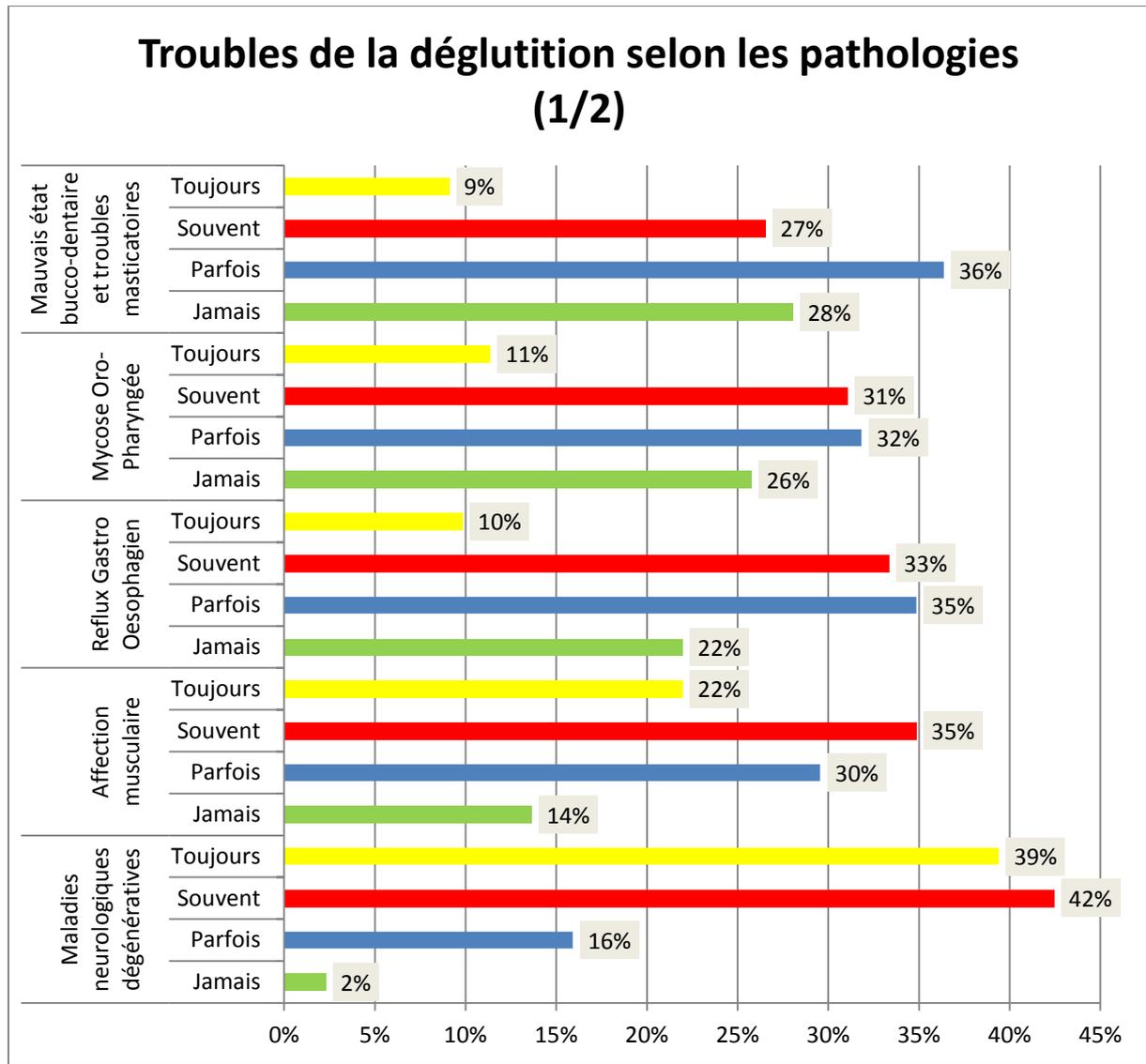
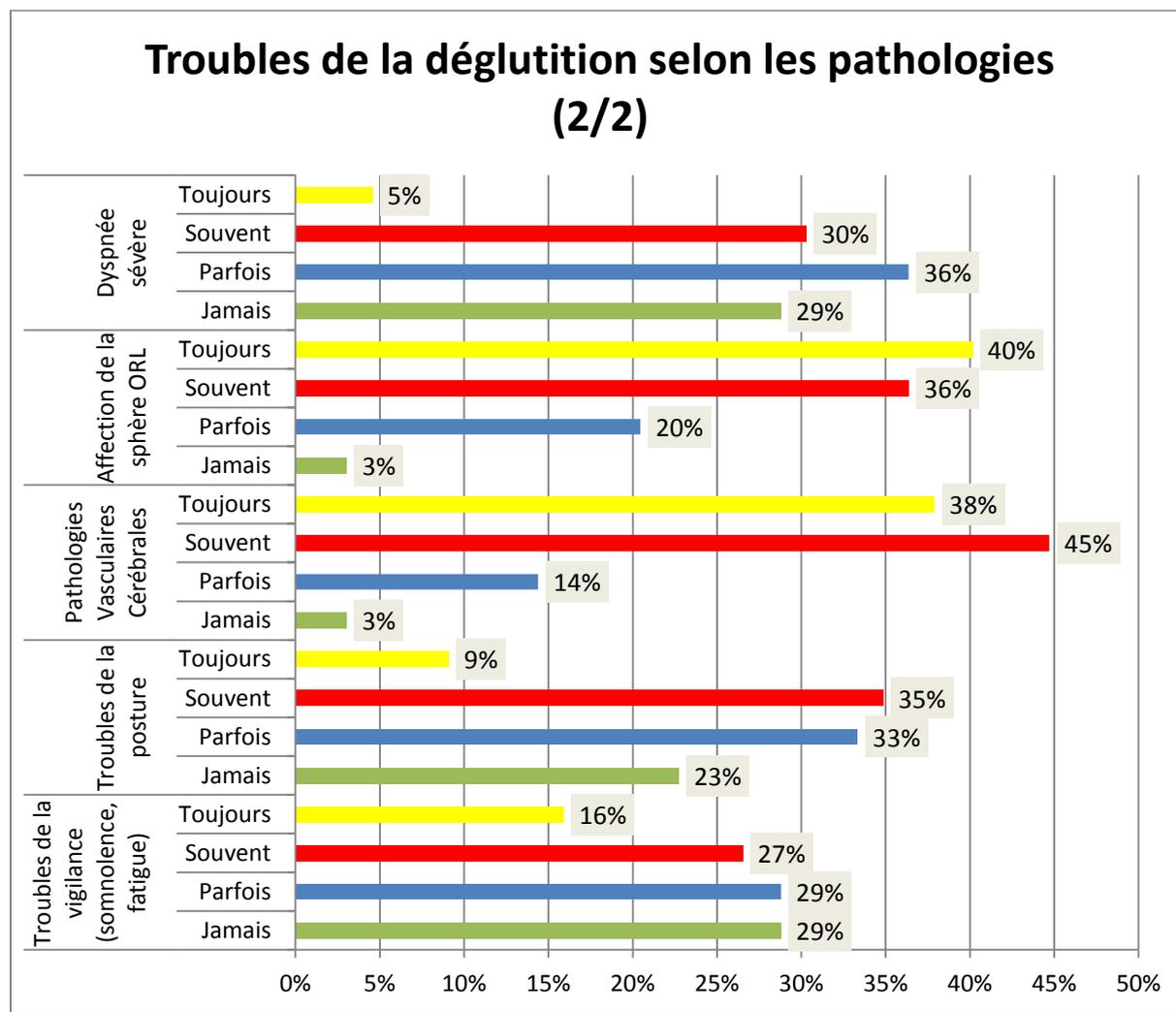


Figure 16-b : Troubles de la déglutition selon les pathologies (suite)



Les maladies neurologiques dégénératives (39%), l'affection de la sphère ORL (40%), les pathologies vasculaires cérébrales (38%), étaient les situations où les troubles de la déglutition étaient toujours recherchés (figures 16a et 16b).

Figure 17-a : Signes d'alerte de troubles de la déglutition

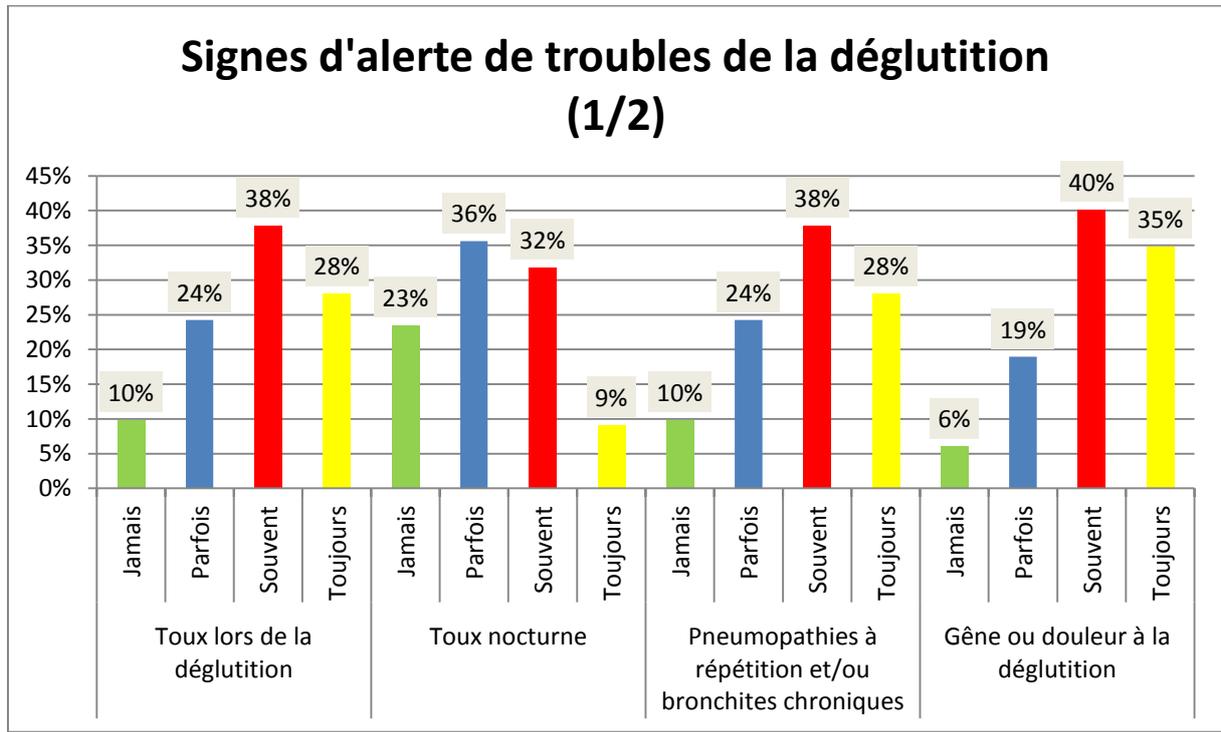
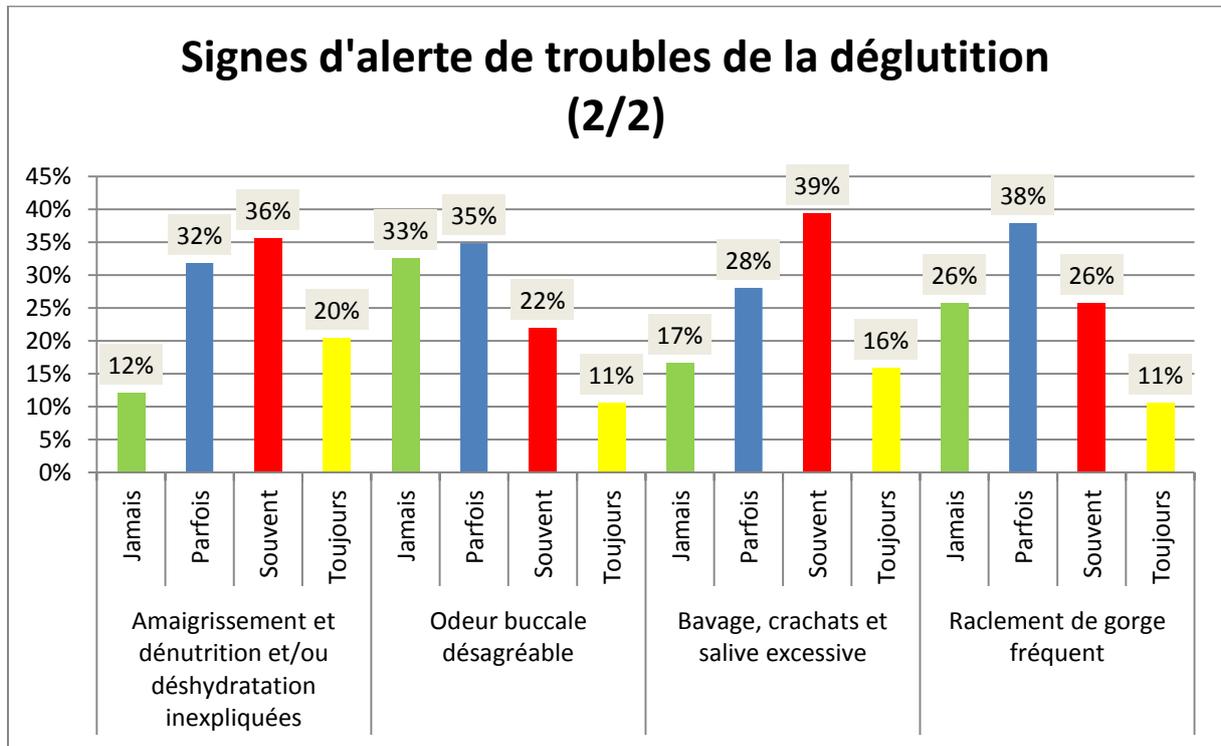
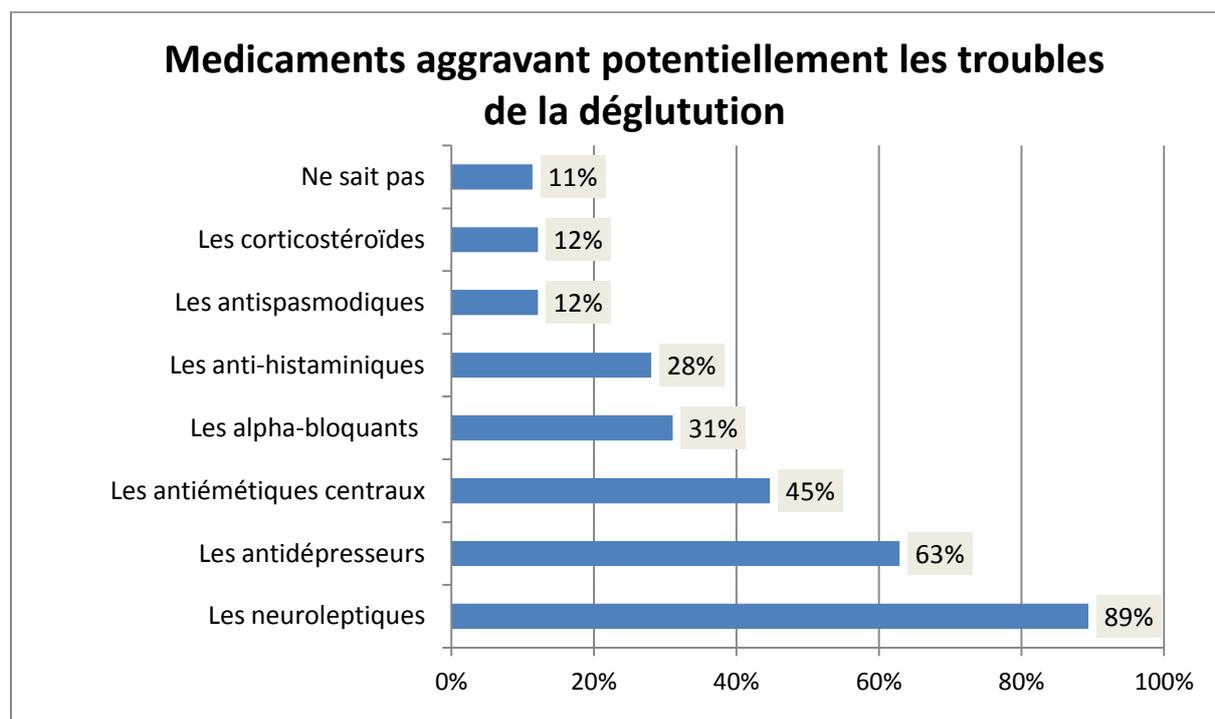


Figure 17-b : Signes d'alerte de troubles de la déglutition (suite).



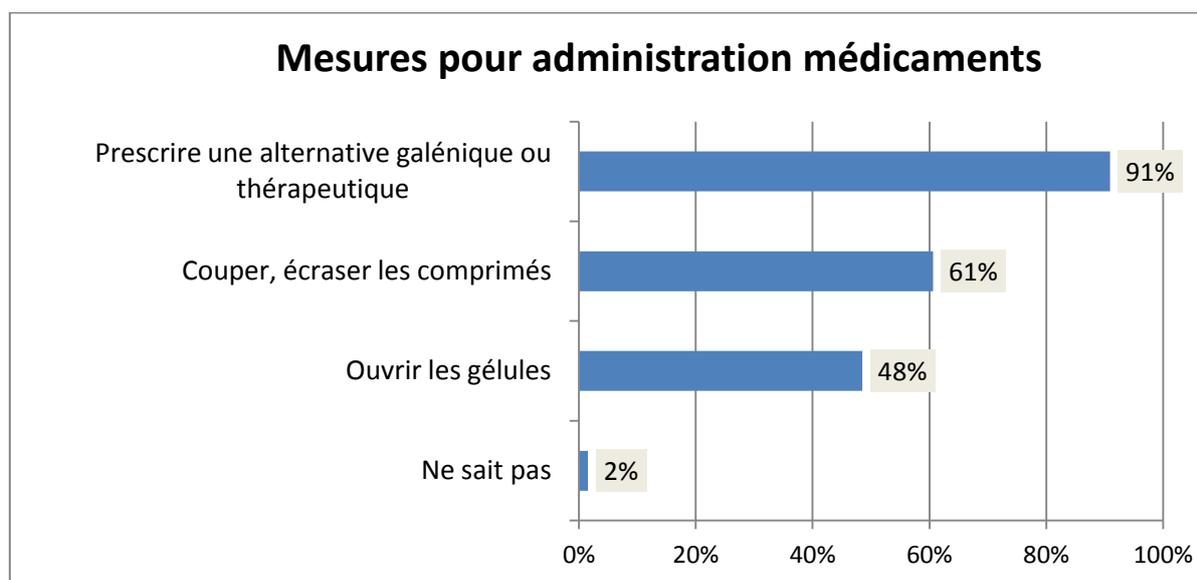
La toux lors de la déglutition (28 %), les pneumopathies à répétition (28 %) et la gêne ou douleur à la déglutition (35 %) étaient les symptômes devant lesquels les troubles de la déglutition étaient toujours recherchés chez 28 % et 35 % de notre échantillon (figures 17a et 17b).

Figure 18 : Médicaments aggravants les troubles de la déglutition.



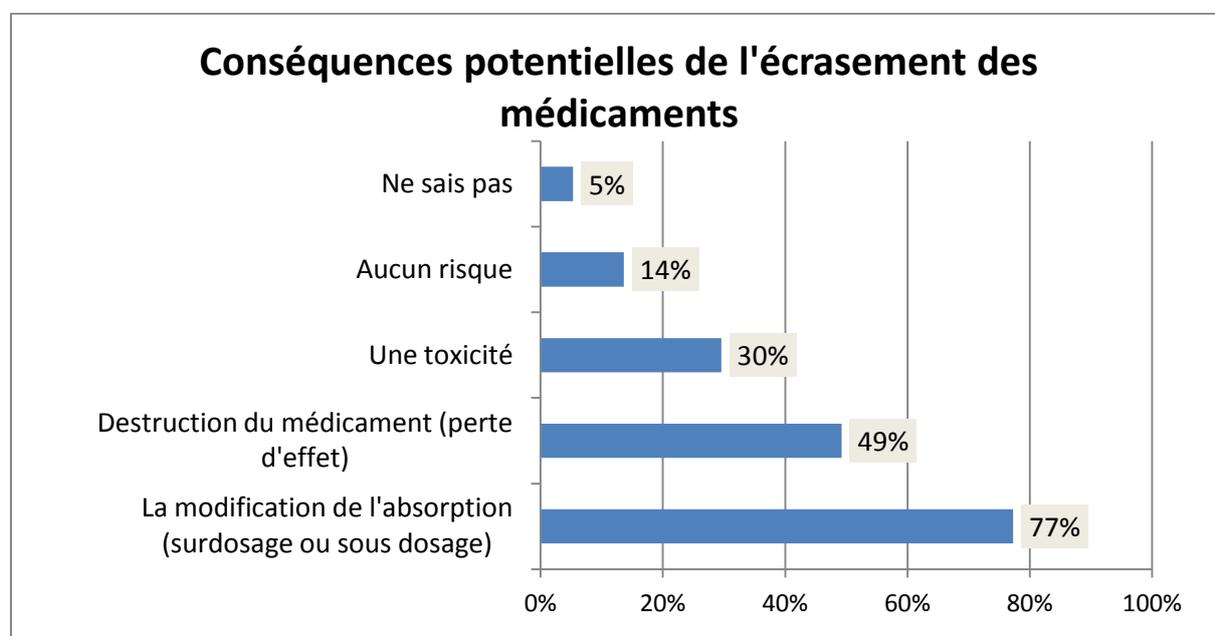
Les neuroleptiques étaient le médicament le plus cité (89%) comme aggravant les troubles de la déglutition. Les antidépresseurs arrivaient en deuxième position à 63% (figure 18).

Figure 19 : Mesures pour administrer les médicaments en cas de troubles de la déglutition.



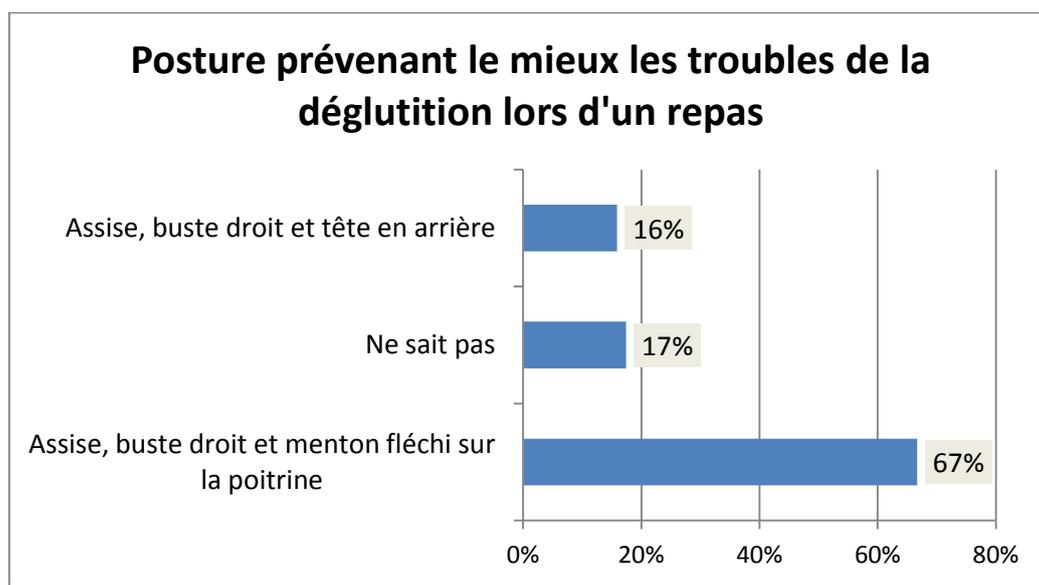
91 % des médecins interrogés prescrivait une alternative galénique chez les patients avec des troubles de la déglutition, 61 % coupaient ou écrasaient les comprimés (figure 19).

Figure 20 : Conséquences de l'écrasement des médicaments.



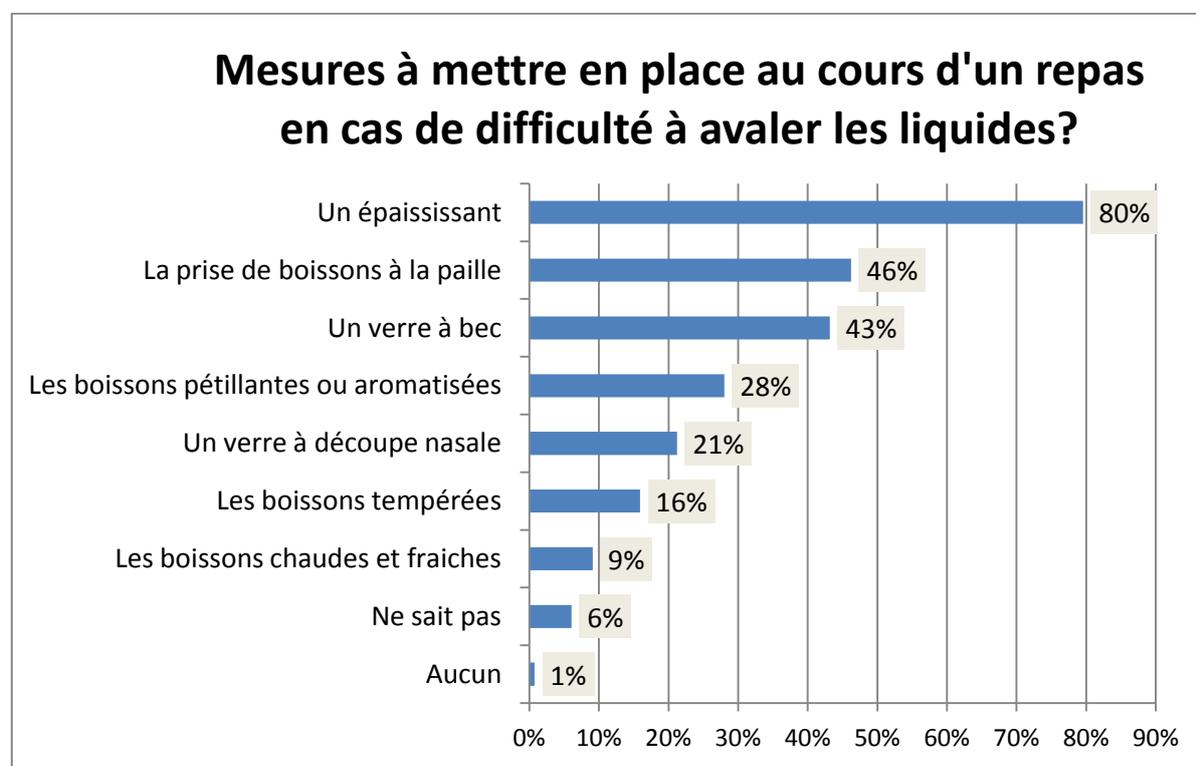
La majorité des médecins interrogés estimait que l'écrasement des médicaments pouvait modifier l'absorption (figure 20).

Figure 21 : Posture prévenant les troubles de la déglutition lors d'un repas.



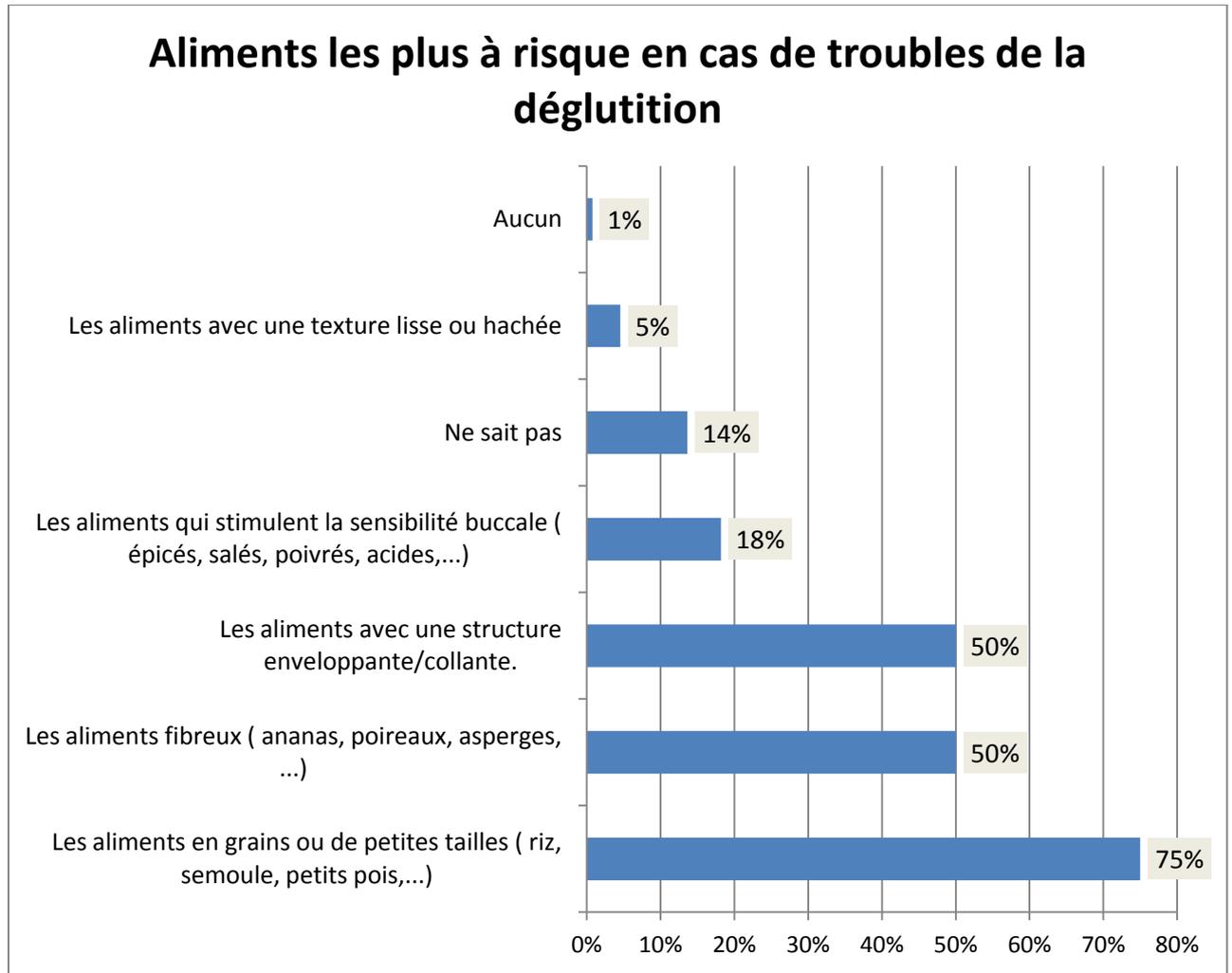
La posture citée par la majorité des médecins sondés était la position assise, buste droit et menton fléchi sur la poitrine (figure 21).

Figure 22 : Mesures à mettre en place en cas de difficulté à avaler les liquides.



80 % des médecins interrogés mettaient en place un épaississant chez les patients en cas de difficulté à avaler les liquides (figure 22).

Figure 23 : Aliments à risque en cas de troubles de la déglutition.



Les aliments en grains ou de petites tailles étaient cités à 75 % par l'échantillon comme aliments à risque lors de troubles de la déglutition (figure 23).

Tableau 4 : Réalisation des examens complémentaires		
	Nombre de médecins	Pourcentage de médecins (%)
Oui	107	81
Non	25	19

81 % des médecins interrogés déclaraient réaliser des examens complémentaires.

Figure 24-a : Examens complémentaires réalisés.

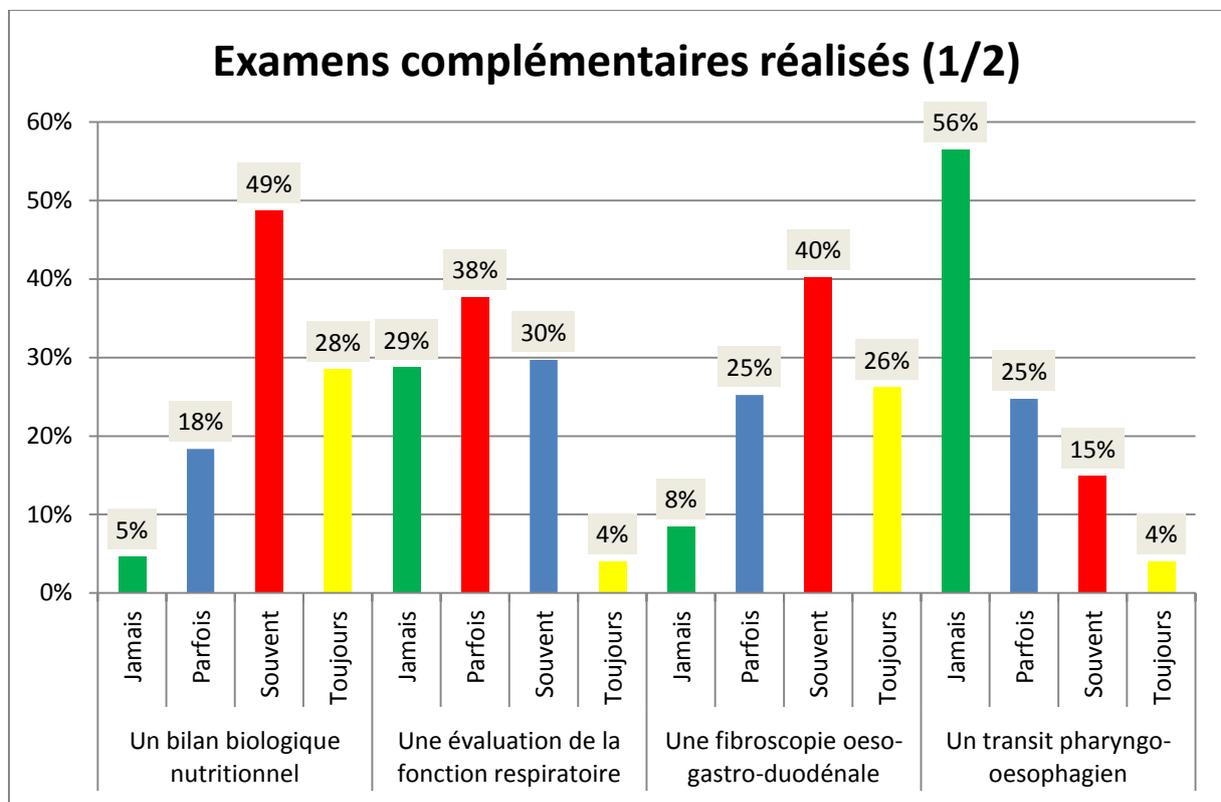
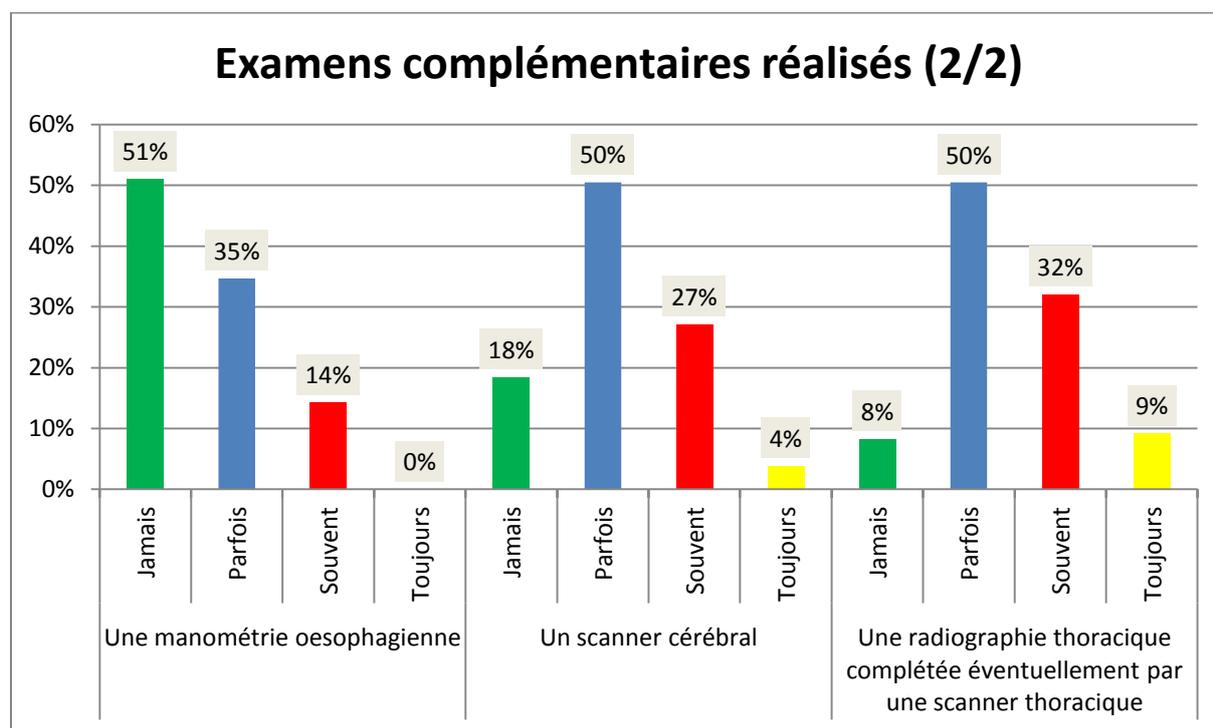


Figure 24-b Examens complémentaires réalisés (suite).



Les examens complémentaires les plus prescrits par l'échantillon étaient le bilan biologique nutritionnel suivi de la fibroscopie œsogastroduodénale. Le transit œsogastroduodéal (TOGD) était non réalisé par 56 % des médecins sondés (figures 24a et 24b).

Tableau 5 : Intervention d'autres professionnels.

	Nombre de médecins	Pourcentage de médecins (%)
OUI :	128	97
➤ Dans le cadre du bilan étiologique.	60	47
➤ Dans le cadre du bilan « Rééducative » de la prise en charge.	57	48
➤ Dans les deux cas.	11	9
NON	4	3

97 % des médecins interrogés faisaient appel à d'autres professionnels de santé. La proportion des médecins qui faisaient intervenir un autre professionnel de santé pour le bilan étiologique était comparable à celle des médecins qui faisaient appel à un autre acteur de santé pour le bilan rééducatif de la prise en charge (tableau 5).

Figure 25-a : Professionnels de santé intervenant dans la prise en charge des troubles de la déglutition.

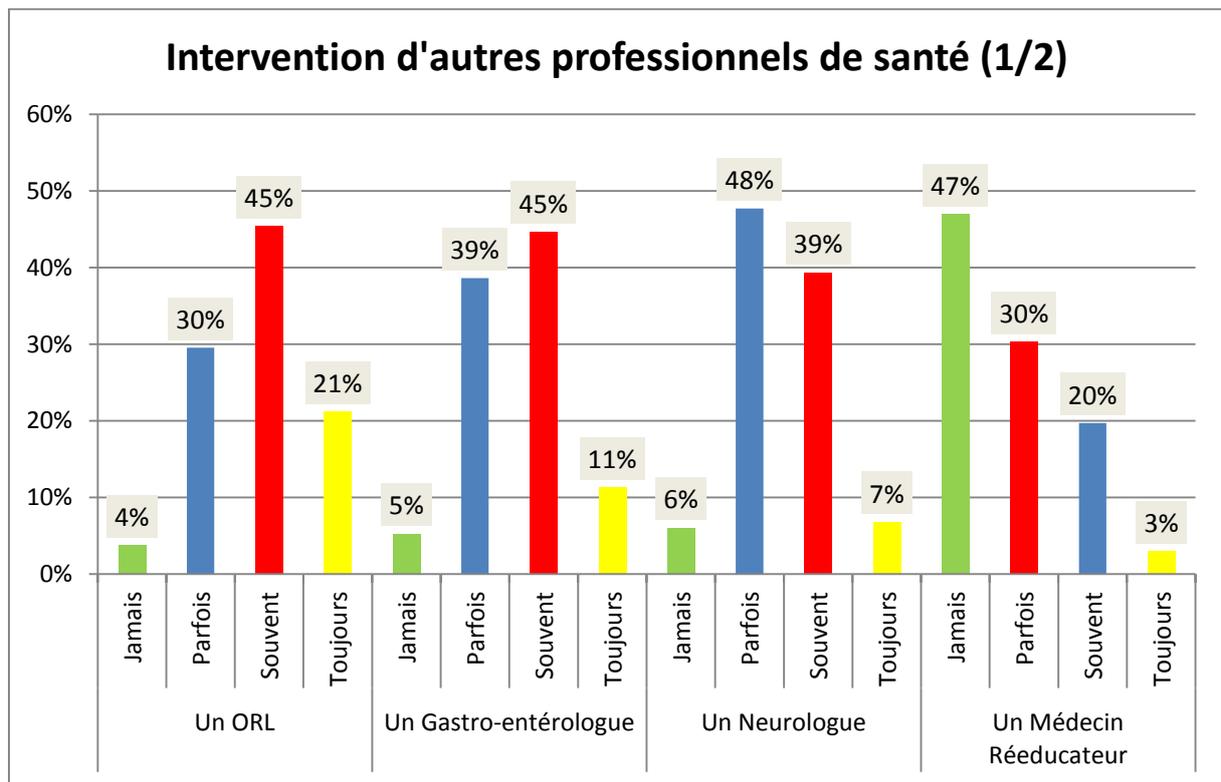
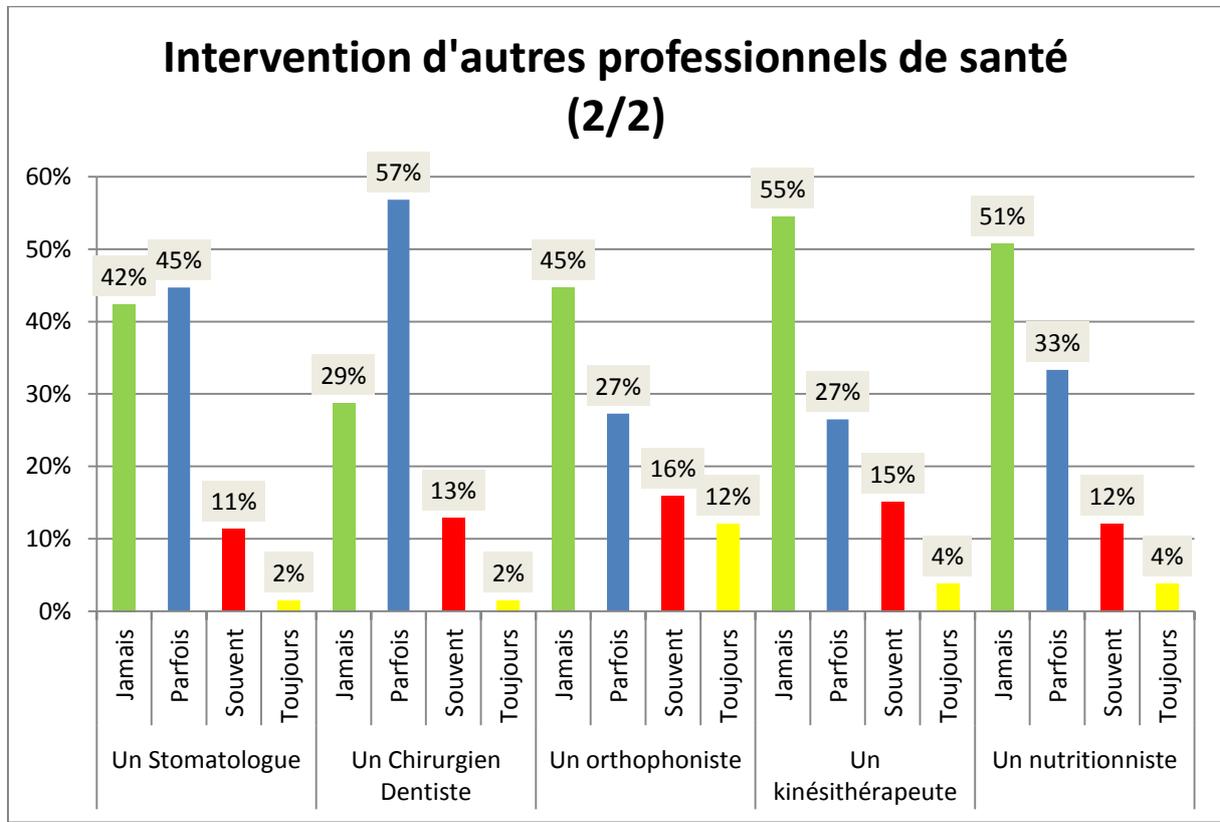
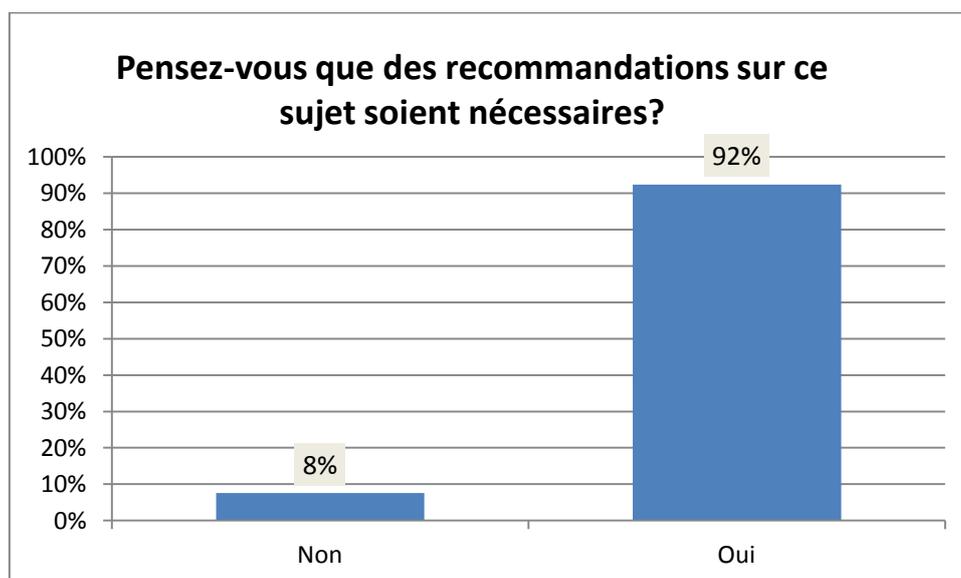


Figure 25-b : Professionnels de santé intervenant dans la prise en charge des troubles de la déglutition (suite).



Les médecins généralistes faisaient appel par ordre de fréquence au médecin oto-rhino-laryngologiste (ORL), au gastroentérologue et au neurologue dans la prise en charge du trouble de la déglutition. L'orthophoniste, le kinésithérapeute et le nutritionniste étaient les acteurs de soins les moins cités (figures 25a et 25b).

Figure 26 : Recommandations sur les troubles de la déglutition.



La majorité des médecins interrogés estimait que des recommandations seraient nécessaires en ce qui concerne la prise en charge des troubles de déglutition (figure 26).

<u>Tableau 6 : Recommandations : Les motifs (réponses rédigées librement).</u>		
	Nombre de médecins	Pourcentage de médecins (%)
Recommandations non nécessaires :	10	8
➤ Trop de recommandations.	5	4
➤ Pas assez de formations	3	2.4
➤ La prise en charge du trouble de la déglutition est trop complexe.	1	0.8
➤ N'iront pas les consulter	1	0.8
Recommandations nécessaires :	122	92
➤ Améliorer la prise en charge.	35	26
➤ Pour une prise en charge standardisé.	28	21
➤ Il y a un manque d'informations sur le sujet	22	16.6
➤ Impact important du trouble	13	10
➤ Pas de réponses	11	8
➤ Sujet très peu développé au cours de la formation initiale ou formation médicale continue	10	8
➤ Mise à jour nécessaire	1	0.8
➤ Afin d'être sensibiliser sur le sujet.	1	0.8
➤ A condition que la recommandation ne soit pas perdue parmi d'autres.	1	0.8

D'après le tableau 6, les raisons évoquées afin de justifier la demande de recommandations étaient l'amélioration et l'instauration d'une prise en charge standardisée.

DISCUSSION

Ce travail a permis de mettre en évidence que la prise en charge des troubles de la déglutition par les médecins généralistes interrogés était plutôt satisfaisante. Certes elle est hétérogène d'un médecin à l'autre sur le sujet mais les connaissances étaient globalement acquises et correctes.

Etonnamment, ce niveau de connaissances apparaît souvent sous-estimé par les médecins eux-mêmes. En effet, la majorité des médecins sondés jugeait ses connaissances sur la prise en charge des troubles de la déglutition insuffisante. Pour expliquer ces propos, les médecins interrogés évoquaient un manque de formation et de connaissances sur ce thème et un symptôme peu fréquent dans leur patientèle donc peu rencontré dans leur pratique. Pourtant selon la littérature médicale, la prévalence du trouble de la déglutition concerne 8 à 15 % des patients âgés de plus de 65 ans vivant à domicile (4,19,20). En France, selon l'INSEE, au 1^{er} janvier 2016, il y avait 12 270 036 personnes ayant plus de 65 ans (12). Cela suggère qu'entre 980 000 et 1 840 000 personnes âgées pourraient être considérées comme à risque de troubles de la déglutition. A titre de comparaison, pour la Picardie, toujours selon l'INSEE, au 1^{er} janvier 2016, sur une population de 1 933 196 habitants, 328 766 avaient plus de 65 ans (13). Cela suggère qu'entre 26 300 et 49 300 personnes seraient à risque de troubles de la déglutition au niveau régional.

A la lumière de ces résultats, nous nous interrogeons sur la prise en charge des sujets présentant des troubles de la déglutition. Il serait intéressant de savoir si d'autres structures ou acteurs médicaux et paramédicaux participent à cette prise en charge à domicile comme les personnels d'hospitalisation à domicile (HAD). Ce point précis pourrait expliquer l'absence de certains patients dans la patientèle des médecins généralistes.

Une deuxième hypothèse qui pourrait conforter ces arguments serait que les médecins généralistes ne sont pas conviés à la prise en charge de tels patients ; les acteurs de santé intervenant directement dans ce trouble sont probablement issus d'autres spécialités (gériatre, neurologue, oto-rhino-laryngologiste, gastro-entérologue). Un autre point doit être considéré; une proportion probablement non négligeable de médecins généralistes est réfractaire à la prise en charge de ces patients par manque d'intérêt pour le sujet. D'ailleurs dans notre étude, certains médecins interrogés montraient un désengagement en ce qui concerne ce symptôme ; ils adressaient donc les sujets concernés aux spécialistes par manque de temps ou par rapport à la complexité de la prise en charge. Pourtant, 84 % des médecins interrogés estimaient que

le généraliste avait sa place dans la prise en charge et plus précisément dans le dépistage des troubles de la déglutition.

L'originalité de cette étude a été de s'intéresser à la prise en charge de ce symptôme auprès des médecins généralistes.

En premier lieu, les médecins généralistes sont les acteurs principaux de la coordination des soins, et de ce fait, ils sont au premier plan dans le dépistage des troubles de la déglutition auprès de la population concernée.

Deuxièmement, compte-tenu d'une augmentation de l'espérance de vie dans nos populations, la prévalence des troubles de la déglutition présents dans diverses pathologies, est amenée à s'accroître.

I. Commentaires sur l'échantillon

Notre échantillon était composé de 48% d'hommes et de 52 % de femmes, ce qui en fait une représentation différente de celle de la population médicale de Picardie mais se rapproche de la répartition chez les médecins de moins de 40 ans.

En Picardie, selon le conseil national de l'ordre des médecins (CNOM), en 2015, le sex-ratio chez les médecins libéraux et mixtes était de 2/3-1/3 (66 % d'hommes et 34 % de femmes) ; 29 % de cette population avaient plus de 60 ans et 12,8 % moins de 40 ans. Parmi les jeunes générations de moins de 40 ans, les femmes représentaient 54 % des effectifs (21). Dans notre étude, la génération des moins de 35 ans comptait également plus de femmes (44%).

Cependant, il est difficile de faire une comparaison sur l'âge étant donné l'hétérogénéité des tranches entre les données du CNOM et notre étude. Cependant, la comparaison sur le critère « genre » nous laisse entrevoir que notre échantillon n'était pas représentatif de la population cible de l'étude. On constate une hétérogénéité dans la participation à l'étude en fonction de l'âge. En effet, le taux important de participation des généralistes de la jeune génération est sans doute lié à une grande sensibilisation. Ayant dû fournir récemment un travail similaire pour la réalisation de leur thèse de médecine générale, ils connaissent l'importance d'un tel travail et seraient plus enclins à la participation à de telles études. De plus, étant au début de leur carrière professionnelle, ces jeunes praticiens ne sont pas encore au stade d'actualisation de leurs connaissances, ils ont probablement moins de difficultés à répondre à ce type de questionnaire.

II. Comparaison avec la littérature

Il est difficile de comparer cette étude avec la littérature médicale car à notre connaissance, aucune publication n'a concerné la prise en charge par des médecins généralistes des troubles de la déglutition chez les séniors. Néanmoins, il existe quelques travaux qui ont été réalisés dans la perspective d'éclairer la pratique des gériatres, pneumologues, médecins généralistes et autres professionnels confrontés à ce symptôme comme le groupe de travail interdisciplinaire constitué à l'initiative conjointe de la Société Française de Gériatrie et Gérontologie (SFGG) et de la Société Française de Pneumologie (SPLF) (2,4).

Les étiologies les plus fréquentes de dysphagie chez la personne âgée sont les accidents vasculaires cérébraux (AVC) et les pathologies neurodégénératives (4).

75 % des AVC touchent les personnes âgées de plus de 65 ans et les troubles de la déglutition en sont la principale séquelle avec 13,3 % de sujet atteint (22,23). Dans notre étude, la majorité des médecins interrogés avait cité ces pathologies comme pourvoyeuses de trouble de déglutition mais ce dernier n'était pas recherché de façon systématique. Hors, selon une étude qui a été menée sur 123 patients sur 2 années consécutives, avant et après l'instauration d'une recherche systématique de fausses routes à la phase aiguë des AVC, la détection du trouble et la prise en charge thérapeutique avaient permis de diminuer l'incidence des pneumopathies de 6,7 % à 0 % (4,24).

Les pathologies neurodégénératives les plus fréquentes dans la population âgée sont les démences de type Alzheimer qui concernent 900 000 personnes de la population générale française et les syndromes parkinsonien qui touchent 120 000 personnes (25–27). Dans ces maladies, lorsque les troubles de la déglutition apparaissent, c'est un tournant évolutif grave et annonciateurs de complications mettant en jeu le pronostic vital (27,28). Contrairement aux données de la littérature qui mentionnent que les troubles de la déglutition étaient souvent sous-estimés et/ou ignorés dans les pathologies dégénératives (29,30), la majorité de notre population d'étude le recherchait dans ce cadre même si seulement 39 % le faisait de manière systématique.

On peut conclure que la recherche systématique de dysphagie a un impact social et économique et donc un dépistage précoce est recommandé.

Il existe un panel de signes spécifiques et aspécifiques pouvant faire évoquer un trouble de la déglutition. Nous constatons dans notre étude que les signes évocateurs cités en majorité

étaient les pneumopathies à répétitions et l'altération de l'état général secondaire à la dénutrition et la déshydratation.

Selon l'étude de Rofes et al, les deux grands types de complications rencontrées lors de troubles de la déglutition sont la pneumopathie d'inhalation et la dénutrition (31). Ces données sont fondamentales, car elles montrent que les médecins généralistes ne sont alertés qu'au stade de complications avec une mortalité et une morbidité augmentées.

Selon l'étude prospective espagnole de Cabre et al, réalisée auprès de 134 personnes âgées de plus de 70 ans hospitalisées en gériatrie pour pneumonie, on constate que la moitié d'entre elles présentaient des troubles de la déglutition. Chez ces patients, la survie était de 45 % alors qu'elle était de 73 % pour ceux indemnes de troubles de la déglutition (11).

Les enquêtes effectuées très régulièrement aux Etats-Unis depuis 1980 montrent aussi une augmentation dans le temps de l'incidence des infections respiratoires basses qui sont responsables de plus de 45 % des journées d'hospitalisation et d'une proportion identique de décès par maladies infectieuses (33).

Il devient primordial de prévenir le risque d'infection chez les personnes âgées concernées. Les troubles de la déglutition ont, de plus un impact social et économique important.

La deuxième complication majeure est le risque de dénutrition. La réduction progressive des apports alimentaires est responsable d'une malnutrition protéino-énergétique et d'épisodes de déshydratation (31). La dénutrition joue un rôle important dans la genèse de la sarcopénie et d'altérations immunitaires, qui vont, elles-mêmes, accentuer le risque de fausses routes (34). Une étude prospective anglaise a révélé que chez des patients hospitalisés pour AVC, 30 % souffraient de troubles de la déglutition au cours des 48 premières heures. La fréquence des troubles de la déglutition diminuait avec le temps à la sortie de l'hôpital, 23 % présentaient des signes de malnutrition qui pouvaient être sévère (35,36) ; 15 % décédaient de pneumopathie dans les 3 mois suivants l'hospitalisation. De plus, l'étude de Rofes et al, a montré que 55 % des patients âgés avec des troubles de la déglutition étaient à risque de dénutrition (31), de même que dans l'étude prospective de Finestone et al qui évaluait la prévalence et les facteurs de risque de la dénutrition ; dans cette dernière étude, 47 % des patients avaient des troubles de la déglutition (37).

Dans notre étude, moins d'un tiers des médecins interrogés pratiquaient un bilan biologique nutritionnel. Pourtant, la haute autorité de santé (HAS) a mis en place un outil d'aide à la prise en charge de la personne âgée dénutrie pour les professionnels de santé qui traite des situations à risque de dénutrition (les troubles de la déglutition sont mentionnés), des

modalités de dépistage et de la stratégie de prise en charge (38). Tous ces éléments devraient inciter les médecins généralistes, surtout chez les victimes d'AVC, à être vigilants en ce qui concerne la dénutrition afin de permettre la diminution du risque vital et des complications médicales associées.

Parmi, les médicaments les plus consommés dans la population gériatrique et à fort risque de potentialiser les troubles de la déglutition, on trouve les psychotropes (39). Ce sont également les médicaments les plus cités par les médecins interrogés. Devant un sujet avec des troubles de la déglutition, plus de la moitié des médecins sondés proposaient d'écraser ou de couper les comprimés. Une étude menée en 2009, au Centre hospitalier et universitaire (CHU) de Rouen a montré que cette pratique était fréquente et, que sur l'ensemble des médicaments écrasés, 42 % avaient une forme galénique contre-indiquant l'écrasement (40). Pourtant dans notre étude, alors qu'ils pressentent les risques d'une telle pratique avec une éventuelle iatrogénie (41–43), les médecins interrogés recommandaient malgré tout l'écrasement des médicaments.

L'hypothèse principale que nous pouvons formuler est qu'il n'existe pas actuellement de forme galénique adaptée à cette situation pour tous les médicaments. Plusieurs observatoires régionaux sur le médicament (OMEDIT) ainsi que certains établissements de santé se sont penchés sur ce problème et proposent des alternatives en cas d'interdiction formelle à l'écrasement (44). Cependant, les recommandations formulées sont destinées uniquement à ces centres et il n'existe aucun consensus sur le sujet d'un établissement à l'autre.

Ainsi, il serait intéressant de publier une liste officielle de médicaments écrasables, ou « pilables » afin d'aider les généralistes (mais également les hospitaliers) dans la prise en charge de ce symptôme. En attendant qu'une telle liste soit créée, la Haute Autorité de Santé a publié en 2010 un guide dans lequel des consignes destinées aux soignants sont rappelées avant toute modification de forme galénique (45).

Les objectifs thérapeutiques ont deux finalités.

La première est de préserver l'appareil respiratoire et la seconde est d'assurer un bon état nutritionnel (14,27,46–48). Plusieurs techniques sont proposées comme le positionnement de la tête et du cou, la modification de la composition des aliments ou l'épaississement des liquides par exemple.

Néanmoins, aucune étude contrôlée n'a fait la preuve de leurs intérêts cliniques (49).

Dans leur étude de 1993, Welch et al ont mesuré les dimensions pharyngées de 30 sujets dysphagiques avec une position normale de la tête puis avec une flexion antérieure. Ils ont observé un déplacement postérieur significatif des structures pharyngées antérieures lorsque la tête est penchée en avant, en effet, l'épiglotte se rapproche en moyenne de 4,4 mm vers le mur pharyngé postérieur. La paroi antérieure du vestibule se rapproche en moyenne de 5 mm vers les aryténoïdes. Ces modifications entraînent une meilleure protection des voies respiratoires (50). Le changement postural de la tête est recommandé afin de réduire le risque de fausse route en modifiant la vitesse et la direction d'écoulement d'un aliment ou d'un liquide (51,52). Ces conseils simples devraient être rappelés aux familles qui souhaiteraient s'investir dans la prise en charge de leur proche en l'assistant lors des repas.

Lors de la suspicion du trouble de la déglutition, les examens de référence sont la nasofibroskopie réalisée par un ORL et la vidéoradioscopie ou transit-oeso-gastro-duodéal (TOGD) (48). La vidéoradioscopie est l'examen de référence en matière de détection de fausses routes (7,29). Et pourtant, seuls 44% des médecins interrogés prescrivaient le TOGD alors que c'est l'examen qui permet essentiellement de mieux préciser les mécanismes de la fausse route pour adapter les solutions thérapeutiques. Devant la faible proportion de médecins prescrivant le TOGD, on en déduit qu'il y a un manque de connaissances et de formation sur ce thème.

92% d'entre eux plébiscitaient des recommandations officielles. Cette proportion importante reflète le désir d'amélioration de la prise en charge en médecine générale des troubles de la déglutition. Les motifs évoqués principalement étaient d'améliorer les compétences afin d'assurer une meilleure prise en charge en l'harmonisant et en la standardisant.

III. Que retenir de cette étude ?

Les médecins généralistes ont des connaissances satisfaisantes qui nécessitent cependant d'être renforcées ou actualisées.

Cette étude va permettre de sensibiliser les médecins généralistes sur les troubles de la déglutition.

Par conséquent, ils pourront améliorer leur dépistage et la prévention afin de diminuer les complications, le nombre d'hospitalisations et la morbi-mortalité.

Si les médecins généralistes étaient conscients de l'impact social, économique et mortel de ce symptôme, ils le rechercheraient avec beaucoup plus d'attention. Il y a une absence de

formation sur le sujet, des études de grande envergure devraient être proposées pour permettre la mise en place d'une prise en charge consensuelle.

De plus, il est important que le médecin généraliste connaisse les indications des examens complémentaires afin de pouvoir orienter au mieux le patient.

Il doit connaître également le rôle de l'orthophoniste et du kinésithérapeute.

Enfin, le médecin généraliste étant l'acteur de santé le plus proche du patient, il peut juger de l'efficacité de la prise en charge et assurer le suivi.

IV. Limites de l'étude

C'est une étude descriptive et donc par définition de faible niveau de preuve. Les réponses ont été obtenues par l'emploi d'un questionnaire ; il existe probablement un écart entre les pratiques déclarées et les pratiques réelles. La population d'étude n'est pas forcément représentative de la population générale. La durée du recueil de données a été courte. On peut avoir un doute sur la pertinence des réponses, notamment sur le nombre de patient suivi par mois. En effet, il est difficile de recenser avec précision tous les motifs de consultation au cours d'une journée de travail. Le questionnaire est composé de plusieurs questions à choix multiples. Les médecins interrogés peuvent être influencés par l'orientation du questionnaire et donner des réponses qu'ils supposent attendu par l'enquêteur, y compris si elles ne reflètent pas totalement leur pratique.

Notre étude est difficilement comparable, car la littérature médicale ne dispose pas d'articles s'intéressant aux connaissances et pratiques de médecins généralistes libéraux. Pourtant, ils sont les acteurs centraux dans la coordination des soins. Il y a également peu d'études concernant les troubles de la déglutition sur les personnes âgées vivant au domicile. Les études réalisées concernent les personnes âgées institutionnalisées.

Le taux de participation a été faible avec 21 % de réponses.

V. Forces de l'étude

Notre travail est original et inédit.

Devant la prévalence importante de ce trouble, il a été important de savoir comment était réalisée, en ville, sa prise en charge et surtout si les médecins généralistes avaient des connaissances suffisantes pour dépister les troubles de la déglutition. De plus, il n'y a eu aucune étude qui a été réalisée sur les connaissances des médecins généralistes libéraux sur ce symptôme.

Notre questionnaire a été bien réalisé, a subi un pré-test et semble avoir été pertinent étant donné que nous avons eu un taux de réponses de 100 % aux différentes questions. Cela a permis de renforcer l'exploitabilité des données recueillies.

VI. Perspectives pour l'avenir

Il serait intéressant de faire une étude destinée à la population de patients âgés de plus de 65 ans vivant au domicile avec un questionnaire ciblant les antécédents, les traitements et les symptômes afin d'avoir une prévalence fiable et non des estimations.

Il serait également intéressant de refaire cette étude dans d'autres régions de France afin d'évaluer la prise en charge et le niveau de connaissances d'autres médecins et éviter de ce fait un « effet région ».

Comme nous l'avons déjà mentionné, la formation des médecins généralistes sur le trouble de la déglutition doit être améliorée, surtout qu'avec l'augmentation de l'espérance de vie les pathologies neurodégénératives vont s'accroître. Il est urgent de sensibiliser les médecins sur le dépistage, la prévention et les moyens thérapeutiques non médicamenteux et la rééducation. Les troubles de la déglutition requièrent une prise en charge pluridisciplinaire. De ce fait, le médecin généraliste doit coordonner les différents intervenants. Pourtant, il n'existe aucune donnée dans la littérature sur le rôle précis que doit tenir le médecin généraliste quant aux troubles de la déglutition.

Les séances de formations médicales continues et d'évaluation des pratiques sont des moyens privilégiés pour aborder un thème qui reste mis de côté actuellement surtout lorsque les troubles de déglutition s'installent de façon insidieuse dans la vie de la personne âgée.

Il serait intéressant pour les médecins ne maîtrisant pas ce symptôme d'avoir des recommandations officielles afin de les aider dans cette prise en charge.

De plus, il devrait exister une liste nationale officielle proposant des alternatives en cas d'interdiction formelle à l'écrasement de médicaments.

L'augmentation du nombre de personnes atteintes de trouble de la déglutition devrait faire :

- Evoluer les industriels en développant des formes galéniques (oro-dispersibles, sublinguales...) adaptées et/ou informer clairement la possibilité d'écraser un comprimé ou d'ouvrir une gélule.
- Evoluer les éditeurs de logiciels en intégrant directement ces informations dans la base médicamenteuse afin que le prescripteur obtienne l'information sur un support unique et fiable.

CONCLUSION

Notre étude a permis d'évaluer la difficulté de la prise en charge par les médecins généralistes des troubles de la déglutition chez la personne âgée de plus de 65 ans vivant au domicile. Cela est lié à la sous-évaluation du problème par les patients eux-mêmes et à l'intrication de ce symptôme dans une polyopathie gériatrique plus ou moins invalidante.

Si la prise en charge est globalement correcte, les troubles de la déglutition sont pour la plupart du temps découverts dans les suites de complications, la principale étant la pneumopathie d'inhalation avec une importante morbi-mortalité. La dénutrition est pour sa part un facteur de fragilisation des séniors.

Les médecins généralistes libéraux exerçant en Picardie ne semblent pas suffisamment sensibilisés à ce problème. Cela peut s'expliquer par un manque d'informations sur le sujet et une formation insuffisante et/ou inadaptée. A ce facteur s'ajoutent la diminution de l'offre de soins et le vieillissement de la population.

Dans le but d'améliorer la prise en charge des troubles de la déglutition de la personne âgée, il paraît nécessaire de réfléchir à l'élaboration de recommandations et d'un guide de bonne pratique afin d'obtenir un dépistage plus précoce et une prise en charge mieux adaptée et donc plus performante.

Cela permettrait de réduire l'incidence des troubles de la déglutition en gériatrie, de minimiser leur coût pour la société mais également d'améliorer la qualité de vie des personnes âgées.

BIBLIOGRAPHIE

1. Schoevaerdt D, Desuter G, DER VORST SV, Rijckaert M, BERGER E, Stuckens D, et al. La dysphagie et les troubles de la déglutition chez la personne âgée. *Rev Gériatrie*. 2013;38(4):273–280.
2. Allepaerts S, Delcourt S, Petermans J. Les troubles de la déglutition du sujet âgé: un problème trop souvent sous-estimé. *Rev Med Liege*. 2008;63(12):715–21.
3. Miller AJ. Neurophysiological basis of swallowing. *Dysphagia*. 1986;1(2):91–100.
4. Puisieux F, d'Andrea C, Baconnier P, Bui-Dinh D, Castaings-Pelet S, Crestani B, et al. Troubles de la déglutition du sujet âgé et pneumopathies en 14 questions/réponses. *Rev Mal Respir*. juin 2009;26(6):587-605.
5. Poudroux P. Bases physiologiques–Les troubles de la déglutition. Masson, Paris; 1999.
6. Salle J-Y, Preux P-M, Guinvarc'H S, Desport J-C, Lebreton F, Daviet J-C, et al. Evaluation clinique des troubles de la déglutition. *Troubl Déglutition*. 1999;1(37):17–24.
7. Schweizer V. Troubles de la déglutition de la personne âgée. *Rev Médicale Suisse*. 2010;(265):1859.
8. Allepaerts S, Delcourt S, Wislez S, Boman X, Magne J, Petermans J. Promoting factors of laryngeal penetrations in elderly. *Gériatrie Psychol Neuropsychiatr Vieil*. 2011;9(1):45–50.
9. Lin L-C, Wu S-C, Chen HS, Wang T-G, Chen M-Y. Prevalence of impaired swallowing in institutionalized older people in Taiwan. *J Am Geriatr Soc*. 2002;50(6):1118–1123.
10. Turley R, Cohen S. Impact of voice and swallowing problems in the elderly. *Otolaryngol-Head Neck Surg*. 2009;140(1):33–36.
11. Leslie P, Carding PN, Wilson JA. Investigation and management of chronic dysphagia. *Br Med J*. 2003;326(7386):433.
12. Insee - Population - Bilan démographique 2015 - Population totale par sexe et âge au 1er janvier 2016, France [Internet]. [cité 21 août 2016]. Disponible sur: http://www.insee.fr/fr/themes/detail.asp?ref_id=bilan-demo&page=donnees-detaillees/bilan-demo/pop_age2b.htm
13. Insee - Population - Estimation de la population au 1er janvier par région , département (1975-2015), sexe et âge (quinquennal, classes d'âge) - Estimation de la population au 1er janvier par région, département, sexe et âge de 1975 à 2015 [Internet]. [cité 21 août 2016]. Disponible sur: http://www.insee.fr/fr/themes/detail.asp?ref_id=estim-pop®_id=99
14. Guatterie M, Lozano V. Problématique des troubles de la déglutition. *Rev Laryngol Otol Rhinol*. 1990;111(4):401–406.
15. LOI n° 2004-810 du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie. 2004-810 août, 2004.

16. Le portail du service public de la Sécurité sociale / Présentation de la réforme de l'Assurance [Internet]. [cité 28 août 2016]. Disponible sur: <http://www.securite-sociale.fr/Presentation-de-la-reforme-de-l-Assurance-maladie-de-2004>
17. Insee - Définitions, méthodes et qualité - Unité urbaine [Internet]. [cité 23 août 2016]. Disponible sur: <http://www.insee.fr/fr/methodes/default.asp?page=definitions/unite-urbaine.htm>
18. Insee - Définitions, méthodes et qualité - Couronne [Internet]. [cité 23 août 2016]. Disponible sur: <http://www.insee.fr/fr/methodes/default.asp?page=definitions/couronne-periurbaine.htm>
19. Bloem BR, Lagaay AM, Van Beek W, Haan J, Roos RA, Wintzen AR. Prevalence of subjective dysphagia in community residents aged over 87. *BMJ*. 1990;300(6726):721.
20. Kawashima K, Motohashi Y, Fujishima I. Prevalence of dysphagia among community-dwelling elderly individuals as estimated using a questionnaire for dysphagia screening. *Dysphagia*. 2004;19(4):266–271.
21. Le Breton Lerouvillois G. la démographie médicale en région picardie. situation en 2015 [Internet]. Disponible sur: https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/atlas_picardie_2015
22. Finiels H, Strubel D, Jacquot JM. [Deglutition disorders in the elderly. Epidemiological aspects]. *Presse Medicale Paris Fr* 1983. 2001;30(33):1623–1634.
23. AVC - Accident vasculaire cérébral [Internet]. [cité 21 août 2016]. Disponible sur: <http://www.inserm.fr/thematiques/neurosciences-sciences-cognitives-neurologie-psychiatrie/dossiers-d-information/avc-accident-vasculaire-cerebral>
24. Odderson IR, Keaton JC, McKenna BS. Swallow management in patients on an acute stroke pathway: quality is cost effective. *Arch Phys Med Rehabil*. 1995;76(12):1130–1133.
25. Alzheimer [Internet]. [cité 21 août 2016]. Disponible sur: <http://www.inserm.fr/thematiques/neurosciences-sciences-cognitives-neurologie-psychiatrie/dossiers-d-information/alzheimer>
26. Maladie de Parkinson [Internet]. [cité 21 août 2016]. Disponible sur: <http://www.inserm.fr/thematiques/neurosciences-sciences-cognitives-neurologie-psychiatrie/dossiers-d-information/maladie-de-parkinson>
27. Barat M, Miremont F, Guatterie M, Lozano V. Troubles de la déglutition dans les affections neurologiques dégénératives in *Les troubles de la déglutition-Problèmes en médecine de rééducation*, 1999; 37: 69-75. Masson;
28. Leopold NA, Kagel MC. Prepharyngeal dysphagia in Parkinson's disease. *Dysphagia*. 1996;11(1):14–22.
29. Priefer BA, Robbins J. Eating changes in mild-stage Alzheimer's disease: a pilot study. *Dysphagia*. 1997;12(4):212–221.

30. Portet-Tarodo F, Touchon J. Démences et troubles de la déglutition: épidémiologie, morbidité, modalités de prise en charge. *Troubl Déglutition-Problèmes En Médecine Rééduc Masson Paris*. 1999;87–92.
31. Rofes L, Arreola V, Almirall J, Cabré M, Campins L, García-Peris P, et al. Diagnosis and management of oropharyngeal dysphagia and its nutritional and respiratory complications in the elderly. *Gastroenterol Res Pract* [Internet]. 2010 [cité 21 août 2016];2011. Disponible sur: <http://www.hindawi.com/journals/grp/2011/818979/abs/>
32. Cabre M, Serra-Prat M, Palomera E, Almirall J, Pallares R, Clavé P. Prevalence and prognostic implications of dysphagia in elderly patients with pneumonia. *Age Ageing*. 2010;39(1):39–45.
33. Curns AT, Holman RC, Sejvar JJ, Owings MF, Schonberger LB. Infectious disease hospitalizations among older adults in the United States from 1990 through 2002. *Arch Intern Med*. 2005;165(21):2514–2520.
34. Fielding RA, Vellas B, Evans WJ, Bhasin S, Morley JE, Newman AB, et al. Sarcopenia: an undiagnosed condition in older adults. Current consensus definition: prevalence, etiology, and consequences. International working group on sarcopenia. *J Am Med Dir Assoc*. 2011;12(4):249–256.
35. Barer DH. The natural history and functional consequences of dysphagia after hemispheric stroke. *J Neurol Neurosurg Psychiatry*. 1989;52(2):236–241.
36. Dromerick A, Reding M. Medical and neurological complications during inpatient stroke rehabilitation. *Stroke*. 1994;25(2):358–361.
37. Finestone HM, Greene-Finestone LS, Wilson ES, Teasell RW. Malnutrition in stroke patients on the rehabilitation service and at follow-up: prevalence and predictors. *Arch Phys Med Rehabil*. 1995;76(4):310–316.
38. Haute Autorité de Santé - Stratégie de prise en charge en cas de dénutrition protéino-énergétique chez la personne âgée [Internet]. [cité 23 août 2016]. Disponible sur: http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_546549/fr/strategie-de-prise-en-charge-en-cas-de-denuitrition-proteino-energetique-chez-la-personne-agee
39. Haute Autorité de Santé - Prescription médicamenteuse chez le sujet âgé (1) - Médecin traitant [Internet]. [cité 28 août 2016]. Disponible sur: http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_428595/fr/prescription-medicamenteuse-chez-le-sujet-age-1-medecin-traitant
40. Caussin M, Mourier W, Philippe S, Capet C, Adam M, Reynero N, et al. L'écrasement des médicaments en gériatrie: une pratique «artisanale» avec de fréquentes erreurs qui nécessitait des recommandations. *Rev Médecine Interne*. 2012;33(10):546–551.
41. PERDEREAU VB, MOREAU C, FRIOCOURT P, HARNOIS C. Écrasement des médicaments en gériatrie: mise au point et recommandations de bonnes pratiques. [cité 26 août 2016]; Disponible sur: http://www.revuedegeriatrie.fr/lespdf/2015_40_463-470.pdf

42. Fodil M, Fillette A, Trivalle C. Considérations portant sur l'écrasement des comprimés en gériatrie. *NPG Neurol-Psychiatr-Gériatrie*. 2013;13(73):35–40.
43. Prescrire - Tous les articles en Une Écraser un comprimé ou ouvrir une gélule : incertitudes et dangers'', 1er avril 2014 [Internet]. [cité 26 août 2016]. Disponible sur: <http://www.prescrire.org/fr/3/31/49281/0/NewsDetails.aspx>
44. Lepelletier A, Bornet C, Bezel C, Divoux E, Laribe-Caget S, Puech R, et al. Résultats de l'enquête réalisée par le groupe gériatrie de la Société française de pharmacie clinique: intérêt d'un référentiel unique pour les pratiques d'écrasement des comprimés et/ou ouverture des gélules pour administrer les formes orales sèches. *Cah Année Gériatologique*. 2014;6(2):53–57.
45. Haute Autorité de Santé - Outils de sécurisation et d'autoévaluation de l'administration des médicaments [Internet]. [cité 26 août 2016]. Disponible sur: http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_946211/fr/outils-de-securisation-et-d-autoevaluation-de-l-administration-des-medicaments
46. Cot F. La dysphagie oro-pharyngée chez l'adulte. Maloine;[Saint-Hyacinthe, Québec]: Edisem; 1996.
47. Feinberg MJ, Knebl J, Tully J. Prandial aspiration and pneumonia in an elderly population followed over 3 years. *Dysphagia*. 1996;11(2):104–109.
48. Logemann JA, Logemann JA. Evaluation and treatment of swallowing disorders. 1983 [cité 26 août 2016]; Disponible sur: <http://www.asha.org/uploadedfiles/asha/publications/cicsd/1984evalandtreatmentofswallowingdisorders.pdf>
49. Denys P, Périé C, Kiefer C, Mailhan I, Bussel B, Lacau-Saint-Guilly J. les troubles de la déglutition chez les patients cérébrolésés. Masson, Paris; 1999.
50. Welch MV, Logemann JA, Rademaker AW, Kahrilas PJ, others. Changes in pharyngeal dimensions effected by chin tuck. *Arch Phys Med Rehabil*. 1993;74(2):178–181.
51. Groher ME, Crary MA. Dysphagia: clinical management in adults and children [Internet]. Elsevier Health Sciences; 2015 [cité 26 août 2016]. Disponible sur: <https://books.google.fr/books?hl=fr&lr=&id=qPBwCgAAQBAJ&oi=fnd&pg=PP1&dq=groher+crary+dysphagia:+clinical+management&ots=Xqm0IVzAyA&sig=OgGjXgLGpfpHTC25NIhPeZSDZAw>
52. Rasley A, Logemann JA, Kahrilas PJ, Rademaker AW, Pauloski BR, Dodds WJ. Prevention of barium aspiration during videofluoroscopic swallowing studies: value of change in posture. *AJR Am J Roentgenol*. 1993;160(5):1005–1009.

ANNEXE

Annexe 1 : Questionnaire de l'étude

Chers confrères, Chères consœurs,

Etudiante à la faculté d'Amiens et pour la préparation du D. E. S. de Médecine Générale, je sollicite votre collaboration pour répondre à mon questionnaire de thèse ayant pour thème :

La prise en charge des troubles de la déglutition chez la personne âgée vivant à domicile. Enquête en Picardie auprès des médecins généralistes. Sous la direction du Dr Frédéric LECLERCQ, médecin généraliste, médecin gériatre au Centre Hospitalier de Senlis.

Comme vous le savez, les troubles de la déglutition sont fréquents chez la personne âgée et assez répandus dans la plupart des pathologies que nous prenons en charge or, ils sont souvent sous diagnostiqués.

Votre participation est très importante pour le bon déroulement de mon étude et je vous remercie par avance du temps que vous pourrez me consacrer.

Je vous saurai infiniment gré de prendre quelques minutes pour répondre à ce questionnaire.

Ce questionnaire dure environ 7 minutes et s'organise en 5 parties :

- 1) Votre profil personnel
- 2) Votre profil professionnel
- 3) Votre activité
- 4) Votre perception du trouble de la déglutition
- 5) Votre pratique

Dans l'attente de votre retour, je vous prie de recevoir, Chers Confrères, Chères Consœurs, l'assurance de mes confraternelles salutations.

Nadège PIERRE-LOUIS

VOTRE PROFIL PERSONNEL :

1. Vous êtes :

- Un homme
- Une femme

2. Quel est votre âge ?

- Moins de 35 ans
- Entre 35 et 44 ans
- Entre 45 et 54 ans
- Entre 55 et 64 ans
- Plus de 65 ans

VOTRE PROFIL PROFESSIONNEL :

3. Quel est votre mode d'exercice libéral ?

- Installé(e) en cabinet seul
- Installé(e) en cabinet de groupe
- Remplaçant(e) en cabinet seul
- Remplaçant(e) en cabinet en groupe

4. Quel est votre lieu d'exercice ?

- Milieu rural
- Milieu semi urbain
- Milieu urbain

5. Quel est votre département d'exercice ?

- L'Aisne
- L'Oise
- La Somme

6. Depuis combien de temps exercez-vous en temps que médecin généraliste ou médecin remplaçant(e) ?

- Moins de 5 ans
- Entre 5 et 10 ans
- Entre 11 et 15 ans
- Plus de 15 ans

VOTRE ACTIVITE :

7. Combien de patients consultez-vous en moyenne par jour ?

- Moins de 15 ans
- Entre 15 et 19
- Entre 20 et 24
- Entre 25 et 29
- Plus de 30

8. Combien de patients ayant plus de 65ans, consultez-vous en moyenne ?

.....

9. A quelle fréquence rencontrez-vous des patients de plus de 65 ans avec des troubles de la déglutition lors de vos consultations ?

- Jamais
- Rarement
- Occasionnellement
- Souvent
- Très souvent

10. Pensez-vous que le médecin généraliste ait sa place dans la prise en charge des troubles de la déglutition ?

- Oui
- Non

Si oui,

- Dans la prévention
- Dans le dépistage
- Dans le diagnostic
- Dans la prise en charge
- Dans l'accompagnement psychologique du patient et de sa famille
- Autre :...

VOTRE PERCEPTION DU TROUBLE DE LA DEGLUTITION

11. Comment estimez-vous votre niveau de connaissance en matière de troubles de la déglutition ?

- Mauvais
- Moyen
- Bon
- Très bon

12. Quelle est votre principale source de connaissance en matière de trouble de la déglutition ?

- Votre pratique et votre expérience professionnelles
- Des recommandations HAS ou autres recommandations officielles
- Formation Médicale Continue
- Echanges de bonnes pratiques avec des pairs
- Abonnement à des revues médicales spécialisées
- Autre

13. Comment estimez-vous votre niveau de connaissances en matière de « prise en charge » des troubles de la déglutition ?

- Insuffisant
- Suffisant

14. Expliquez votre réponse.

.....

15. Combien de patients suivez-vous par mois avec des troubles de la déglutition ?

.....

VOTRE PRATIQUE

16. Pensez-vous à rechercher des troubles de la déglutition devant les situations suivantes :

	Jamais	Parfois	Souvent	Toujours
Troubles de la vigilance (sommolence, fatigue)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Troubles de la posture (hyperextension de la nuque, position allongée,...)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Maladie neurologique dégénérative (démence, SLA, SEP, Parkinson,...)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Pathologie vasculaire cérébrale (démence, post AVC)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Affections de la sphère ORL (cancer ORL ou voies digestives hautes, diverticule de Zenker)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Affections musculaires (myopathies, polymyosites)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Reflux gastro-œsophagien (primaire ou favorisé par une sonde nasogastrique en place)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Mycose oro-pharyngée (douleur et hyposensibilité endo-buccale)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Mauvais état bucco-dentaire et troubles masticatoire (prothèses inadaptées, hygiène)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Dyspnée sévère (temps d'apnée raccourci)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

17. Pensez-vous à rechercher des troubles de la déglutition devant les symptômes suivants :

	Jamais	Parfois	Souvent	Toujours
Toux lors de la déglutition	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Toux nocturne	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Pneumopathies à répétition et/ou bronchites chroniques	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Gene ou douleur à la déglutition	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Amaigrissement et dénutrition et/ou déshydratation inexpliquées	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Odeur buccale désagréable	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Bavage, crachats et salive excessive	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Raclement de gorge fréquent	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

18. Selon vous, parmi les médicaments suivants, lesquels peuvent aggraver les troubles de la déglutition ? (plusieurs choix possibles)

- Aucun
- Les neuroleptiques
- Les antihistaminiques
- Les antidépresseurs
- Les antispasmodiques
- Le paracétamol
- Les corticostéroïdes
- Les antiémétiques type Primpéran^R
- Les alpha-bloquants types Xatral^R
- Ne sait pas

19. Selon vous, quelles mesures peuvent être mise en place pour l'administration médicamenteuse en cas de trouble de la déglutition ?

- Couper, écraser les comprimés
- Ouvrir les gélules
- Prescrire une alternative galénique ou thérapeutique

20. Selon vous, l'écrasement d'un médicament peut entraîner :

- Aucun risque
- La destruction du médicament (perte d'effet)
- La modification de l'absorption (surdosage ou sous dosage)
- Une toxicité
- Ne sait pas

21. Selon vous, quelle posture prévient le mieux les troubles de la déglutition au moment du repas ?

- Assise, buste droit et menton fléchi sur la poitrine
- Assise, buste droit et tête en arrière
- Ne sait pas

22. Selon vous, quelles mesures peuvent être mise en place au cours d'un repas en cas de difficulté à avaler les liquides ?

- Aucun
- Un verre à découpe nasale
- Un verre à bec
- Un épaississant
- La prise de boissons à la paille
- Les boissons pétillantes ou aromatisées
- Les boissons chaudes et fraîches
- Les boissons tempérées
- Ne sait pas

23. Selon vous, quels aliments vous semblent être le plus à risque en cas de trouble de la déglutition ?

- Aucun
- Les aliments fibreux (ananas, poireaux, asperges,...)
- Les aliments qui stimulent la sensibilité buccale (épicés, salés, poivrés, acides,...)
- Les aliments en grains ou de petites tailles (riz, semoule, petits pois,...)
- Les aliments avec une texture enveloppante/collante
- Les aliments avec une texture lisse ou hachée
- Ne sait pas

24. Dans la prise en charge, faites-vous des examens complémentaires ?

- Oui
- Non

Si oui, le(s)quel(s) :

	Jamais	Parfois	Souvent	Toujours
Un bilan biologique nutritionnel	○	○	○	○
Une évaluation de la fonction respiratoire	○	○	○	○
Une fibroscopie oeso-gastro-duodénale	○	○	○	○
Un transit pharyngo-œsophagien	○	○	○	○
Une manométrie œsophagienne	○	○	○	○
Un scanner cérébral	○	○	○	○
Une radiographie thoracique complétée éventuellement par un scanner thoracique	○	○	○	○

25. Dans la prise en charge, faites-vous intervenir d'autres professionnels ?

- Oui
- Non

Si oui, dans quel cadre ?

- Dans le cadre du bilan étiologique
- Dans le cadre de la prise en charge « rééducative » du patient
- Autre :.....

26. Dans la prise en charge, faites-vous intervenir :

	Jamais	Parfois	Souvent	Toujours
Un ORL	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Un Gastro-entérologue	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Un Neurologue	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Un Médecin Rééducateur	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Un Stomatologue	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Un Chirurgien Dentiste	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Un orthophoniste	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Un kinésithérapeute	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Un nutritionniste	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

27. Pensez-vous que des recommandations sur ce sujet soient nécessaires ?

Oui

Non

28. Pourquoi ? (Expliquez votre choix)

.....

SERMENT D'HIPPOCRATE

« Au moment d'être admis(e) à exercer la médecine, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité.

Mon premier souci sera de rétablir, de préserver ou de promouvoir la santé dans tous ses éléments, physiques et mentaux, individuels et sociaux.

Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans aucune discrimination selon leur état ou leurs convictions.

J'interviendrai pour les protéger si elles sont affaiblies, vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou leur dignité.

Même sous la contrainte, je ne ferai pas usage de mes connaissances contre les lois de l'humanité.

J'informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences. Je ne tromperai jamais leur confiance et n'exploiterai pas le pouvoir hérité des circonstances pour forcer les consciences.

Je donnerai mes soins à l'indigent et à quiconque me les demandera. Je ne me laisserai pas influencer par la soif du gain ou la recherche de la gloire.

Admis(e) dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me seront confiés.

Reçu(e) à l'intérieur des maisons, je respecterai les secrets des foyers et ma conduite ne servira pas à corrompre les mœurs.

Je ferai tout pour soulager les souffrances.

Je ne prolongerai pas abusivement les agonies. Je ne provoquerai jamais la mort délibérément.

Je préserverai l'indépendance nécessaire à l'accomplissement de ma mission.

Je n'entreprendrai rien qui dépasse mes compétences.

Je les entretiendrai et les perfectionnerai pour assurer au mieux les services qui me seront demandés.

J'apporterai mon aide à mes confrères ainsi qu'à leurs familles dans l'adversité.

Que les hommes et mes confrères m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ; que je sois déshonoré(e) et méprisé(e) si j'y manque. »

PRISE EN CHARGE DES TROUBLES DE LA DEGLUTITION CHEZ LES PATIENTS ÂGÉS PAR LES MEDECINS GENERALISTES PICARDS.

RESUME :

Introduction :

Le trouble de la déglutition devient un problème de santé publique par sa prévalence élevée chez la personne âgée, son impact sur sa qualité de vie et ses conséquences sur la morbi-mortalité. Les étiologies sont nombreuses et intriquées dans beaucoup de pathologies. Chez la personne âgée, les troubles de la déglutition sont insidieux et responsables de complications sévères comme les pneumopathies d'inhalation et la dénutrition.

L'objectif de cette étude était d'évaluer la prise en charge des troubles de la déglutition chez les personnes âgées par les médecins généralistes libéraux en Picardie.

Matériel et Méthodes :

C'était une étude descriptive sur une période de 3 mois, durant laquelle un questionnaire constitué de 28 questions et structuré en 5 parties (le profil personnel et professionnel, l'activité professionnelle, la perception et la pratique professionnelle sur les troubles de la déglutition) avait été transmis aux médecins généralistes libéraux exerçant en Picardie. Uniquement les médecins répondant ont été inclus dans l'étude. L'ensemble des résultats était présenté sous forme de pourcentages.

Résultats :

Au total 132 médecins ont répondu au questionnaire. La majorité consultait plus de 20 patients par jour mais la moitié rencontrait rarement les troubles de déglutition dans leur patientèle. 77 % des praticiens estimaient que leur niveau de connaissances était insuffisant. Notre échantillon a déclaré que les pathologies les plus à risque de provoquer des troubles de la déglutition étaient les maladies neurologiques dégénératives et les pathologies vasculaires cérébrales. Les signes d'alertes étaient les pneumopathies à répétition et la dénutrition. Les neuroleptiques et les antidépresseurs étaient considérés comme les médicaments pouvant aggraver les troubles de la déglutition. 81 % des médecins interrogés réalisaient des examens complémentaires et 97 % faisaient appel à d'autres professionnels de santé.

Conclusion :

La prise en charge des troubles de la déglutition par les médecins interrogés semblait satisfaisante mais nécessitait d'être améliorée en particulier sur le dépistage, la prévention et les thérapeutiques possibles afin de diminuer la morbi-mortalité.

Mots clés : prise en charge, troubles de la déglutition, personne âgée, médecin généraliste, Picardie.

SWALLOWING DISORDERS' MANAGEMENT IN ELDERLY BY PICARDY'S GENERAL PRACTITIONERS.

ABSTRACT:

Introduction:

Swallowing disorders in the elderly turn out to a public health problem because their high prevalence impacts their quality of life, morbidity and mortality. The causes are numerous and involved in many pathologies. For the elderly, swallowing disorders are insidious and responsible for causing severe complications such as aspiration pneumonias and malnutrition.

The objective of the study was to assess the management of swallowing disorders in the elderly by general practitioners in Picardy.

Patients and methods:

This is a descriptive study carried over 3 months during which a questionnaire consisting of 28 questions, structured in 5 parts (personal and professional profile, professional activity, perception and professional practice on swallowing disorders) had been sent to general practitioners in Picardy. Only doctors with complete questionnaires achieved were included in the study.

Results:

A total of 132 general practitioners responded. Most saw more than 20 patients each day. Half of them rarely encountered swallowing disorders in their patient population. 77 % of our sample considered their knowledge was insufficient. Our sample has declared that pathologies with greater risks of causing swallowing disorders were degenerative neurological diseases and cerebrovascular diseases. Warning signs were repeated pneumonias and malnutrition. Neuroleptics and antidepressants were drugs that can make the swallowing disorders worse. 81% of physicians used to do additional tests and 97% involved other health professionals.

Conclusion:

The management of swallowing disorders by physicians was satisfactory but improvements can be made in screening, prevention and alternatives to reduce morbidity and mortality.

Keywords: Management, Swallowing disorders, elderly, general practitioners, Picardy.