



HAL
open science

Une démarche qualité en établissement hospitalier : dépistage, diagnostic et prise en charge des troubles de déglutition

Hélène Michau

► **To cite this version:**

Hélène Michau. Une démarche qualité en établissement hospitalier : dépistage, diagnostic et prise en charge des troubles de déglutition. Médecine humaine et pathologie. 2018. dumas-01841421

HAL Id: dumas-01841421

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01841421v1>

Submitted on 17 Jul 2018

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.



Normandie Université

Pour l'obtention du Certificat de Capacité en Orthophonie

Préparé au sein du Département d'Orthophonie,

UFR Santé, Université de Rouen Normandie

Une démarche qualité en établissement hospitalier : dépistage, diagnostic et prise en charge des troubles de déglutition

Présenté et soutenu par

Hélène MICHAU

Mémoire professionnel

Mémoire soutenu publiquement le 28 juin 2018

devant le jury composé de

DEVOS Nicolas	Réanimateur, ex-représentant du CLAN	Codirecteur de mémoire
KONTO Barbara	Orthophoniste	Présidente du jury
ROBERT-HAYEK Marie-Noelle	Orthophoniste	Codirectrice de mémoire

Mémoire codirigé par le Dr Nicolas DEVOS, le Pr Jean-Paul MARIE et Marie-Noelle ROBERT-HAYEK



UFR Santé



**Département
d'orthophonie**

LISTE DES ABRÉVIATIONS ET SIGLES

ANAES : Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé

AS : Aide-soignant (e)

AVC : Accident Vasculaire Cérébral

CLAN : Comité de liaison d'Alimentation et de Nutrition

DHI : Deglutition Handicap Index

EAT-10 : Eating Assessment Tool-10 items

EPP : Évaluation des Pratiques Professionnelles

IDE : Infirmier(e) Diplômé(e) d'État

HAS : Haute Autorité de Santé

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

ORL : Oto-Rhino-Laryngologique (ou Laryngologiste)

SSO : Sphincter Supérieur de l'Œsophage

REMERCIEMENTS

Un grand merci à Barbara KONTO pour m'avoir fait l'honneur de présider mon jury de soutenance.

Je remercie vivement mes co-directeurs de mémoire, le Dr Nicolas DEVOS et Marie-Noelle ROBERT-HAYEK, qui m'ont guidée et épaulée tout au long de cette année me permettant ainsi d'écrire ce mémoire.

Merci au Pr Jean-Paul MARIE pour ses conseils avisés et son soutien au projet.

J'adresse mes sincères remerciements aux professionnels de la clinique de l'Europe de Rouen, dont notamment

Delphine PROUST, responsable qualité, pour l'aide précieuse qu'elle m'a apportée dans l'organisation et la coordination générale du projet ;

Morgane GUYOMAR, pour tout le temps qu'elle m'a accordé ;

Alban TABOT, directeur du service de soins infirmiers, pour avoir soutenu ce travail.

Mille mercis à toutes mes maîtres de stage, qui m'ont fait l'honneur de croire en moi et de me faire partager leur expérience, leur pratique et leur quotidien d'orthophonistes. Une pensée toute particulière à Géraldine CHAIGNEAU, pour sa disponibilité et son écoute lors de cette belle dernière année de stage.

Je remercie ceux qui se sont gentiment prêtés au jeu de la relecture : Odile RIGAUX VIODÉ et Nicolas TOKHADZÉ.

Merci aussi au département d'orthophonie de Rouen sans qui tout ce chemin n'aurait pu se faire.

Un énorme merci à la promotion 2013-2018, pour avoir fait de ces longues études, cinq belles années riches de rencontres et d'amitiés !

Enfin, je remercie ma famille, mes amis et mes proches pour leurs encouragements, leur écoute bienveillante, leur soutien sans faille, leur sincérité et pour tout le reste.

TABLE DES MATIÈRES

LISTE DES ABRÉVIATIONS ET SIGLES	3
REMERCIEMENTS	4
LISTE DES TABLEAUX ET DES FIGURES	7
1. INTRODUCTION	8
2. PARTIE THÉORIQUE	9
2.1. La déglutition physiologique.....	9
2.2. Physiopathologie de la dysphagie.....	9
2.2.1. Définitions.....	9
2.2.2. Les signes cliniques.....	10
2.3. Principales étiologies et facteurs de risque	11
2.3.1. Les dysphagies oropharyngées.....	12
2.3.2. Les dysphagies œsophagiennes	16
2.4. Retentissements sur la qualité de vie.....	16
2.4.1. Répercussions individuelles et sociétales.....	16
2.4.2. Témoignages de patients.....	17
2.5. Prise en charge des patients dysphagiques	18
2.5.1. Importance de la multidisciplinarité	18
2.5.2. Dépistage et bilan	19
2.5.3. Quelques outils disponibles.....	22
2.5.4. Prévention des complications	24
2.6. La démarche qualité en établissement de santé.....	24
2.7. Le Comité de Liaison Alimentation Nutrition (CLAN)	25
3. PROBLÉMATIQUE ET HYPOTHÈSES	26

4.	PARTIE PRATIQUE.....	27
4.1.	Objectifs	27
4.2.	Matériels et méthodes.....	27
4.2.1.	Population.....	27
4.2.2.	Evaluation des Pratiques Professionnelles (EPP)	28
4.2.3.	Evaluation d'un outil de dépistage : l'EAT-10.....	31
4.3.	Mode de traitement des données	33
4.4.	Présentation des résultats	33
4.4.1.	Résultats avant et après séance d'information.....	33
4.4.2.	Analyse des questionnaires de satisfaction.....	48
4.4.3.	Résultats du dépistage systématique des troubles de déglutition	49
4.5.	Elaboration d'une procédure dans l'établissement	52
4.6.	Prévention des complications.....	53
5.	DISCUSSION ET CONCLUSION	54
6.	BIBLIOGRAPHIE.....	60
	ANNEXES	64
	Annexe A. Questionnaire pré-information	64
	Annexe B. Questionnaire post-information.....	69
	Annexe C. Questionnaire de satisfaction.....	72
	Annexe D. Support de la séance d'information.....	73
	Annexe E. Traduction française révisée de l'EAT-10	81
	Annexe F. Procédure mise en place dans l'établissement	82
	Annexe G. Affichages à destination des soignants	86
	Annexe H. Plaquette de prévention distribuée dans l'établissement.....	87

LISTE DES TABLEAUX ET DES FIGURES

<i>Tableau 1. Signes cliniques de troubles de la déglutition selon Woisard et Puech (2011)</i>	<i>11</i>
<i>Tableau 2. Etiologies fréquentes des dysphagies en établissement hospitalier, inspiré de Ruglio (2013, 2017).....</i>	<i>12</i>
<i>Tableau 3. Récapitulatif des questions posées dans les questionnaires pré et post-séance d'information</i>	<i>30</i>
<i>Tableau 4. Résultats des questionnaires de satisfaction après la séance d'information</i>	<i>49</i>
<i>Tableau 5. Répartition des scores des patients à l'EAT-10</i>	<i>50</i>
<i>Figure 1 : Modélisation de l'amélioration continue de la qualité proposée par W. E. Deming, d'après Vidal (2011).....</i>	<i>25</i>
<i>Figure 2. Schématisation de l'EPP</i>	<i>29</i>
<i>Figure 3. Population d'étude lors de l'enquête dans la clinique</i>	<i>50</i>

1. INTRODUCTION

La dysphagie concernerait environ 8% de la population mondiale soit 590 millions d'individus (Cichero et al, 2013).

Au sein d'un établissement hospitalier, la proportion d'individus fragiles est très importante. Les publics à risque de présenter des troubles de la déglutition peuvent donc être multiples. Responsables d'une morbidité non négligeable chez le patient hospitalisé, les troubles de déglutition sont pourtant encore largement sous-estimés. Un dépistage plus fréquent ainsi que la mise en place de procédures diagnostiques et préventives permettraient une amélioration des soins de santé à travers une diminution de cette incidence ainsi qu'une limitation des répercussions (ANAES, 2002).

Exerçant sous prescription médicale, l'orthophoniste évalue la déglutition, prend en charge sa réhabilitation fonctionnelle et sécurise les prises alimentaires. Cependant, son champ de compétences reste encore souvent méconnu des professionnels de santé, la plupart du temps peu formés aux troubles de déglutition.

Notre travail s'inscrit dans une démarche qualité au sein d'une structure hospitalière ne disposant pas d'orthophoniste. Nous nous sommes interrogés sur les procédures existantes concernant le dépistage, le diagnostic et la prise en charge des patients dysphagiques au sein de la clinique de l'Europe de Rouen, ceci en vue d'améliorer la qualité des soins de manière générale.

En premier lieu, nous traiterons des troubles de déglutition et de leur prise en charge en structure hospitalière. Nous détaillerons l'importance d'une démarche qualité en établissement de santé. Dans un second temps, nous aborderons notre méthodologie ainsi que le contenu de nos travaux élaborés dans la structure choisie. Enfin, nous analyserons et discuterons des résultats.

2. PARTIE THÉORIQUE

2.1. La déglutition physiologique

La déglutition se définit classiquement comme l'acte d'avaler la salive, les mucus, les liquides et les solides. Dans la littérature, elle est habituellement décrite en trois phases.

- **Le temps oral** comprend la préparation du bol alimentaire et la propulsion pharyngée.
- **Le temps pharyngé** participe au transport du bolus du pharynx jusqu'au sphincter supérieur de l'œsophage (SSO), par la protection des voies respiratoires (Woisard et Puech, 2011).
- **Le temps œsophagien** commence lors du relâchement du SSO, permettant ainsi au bolus de transiter de l'œsophage vers l'estomac grâce aux ondes péristaltiques.

V. Ruglio tend toutefois à exclure la notion de phases en préférant évoquer un ensemble de « *mécanismes dynamiques et coordonnés* » (Ruglio, 2013).

La déglutition repose sur trois fonctions essentielles (Desuter et Remacle, 2009) :

- la capacité de propulsion du bolus
- la protection complète des voies aériennes
- l'expulsion efficace en cas de pénétrations ou d'inhalations.

2.2. Physiopathologie de la dysphagie

2.2.1. Définitions

Les dysphagies oropharyngées, ou hautes, désignent les dysfonctionnements du processus de déglutition se situant au niveau des structures bucco-pharyngo-laryngées. Elles se traduisent par des difficultés à faire transiter le bolus alimentaire ou les sécrétions, depuis la bouche ou le nasopharynx vers l'œsophage. Ces troubles apparaissent dans des pathologies variées liées à des atteintes tissulaires, musculaires ou nerveuses.

Les dysphagies œsophagiennes, ou basses, proviennent quant à elles d'altérations au niveau de l'œsophage et/ou de l'estomac.

La fausse-route se définit par l'entrée d'aliment, de boisson ou de sécrétion, soit dans le vestibule laryngé (pénétration) soit dans la trachée et les bronches (inhalation). Elle peut survenir avant, pendant ou après la déglutition. La multiplication des inhalations est susceptible d'entraîner

une colonisation microbienne des voies respiratoires, favorisant les pneumopathies. Cependant, toutes les fausses-routes n'aboutissent pas à une infection respiratoire : c'est le cas notamment lors d'inhalations salivaires nocturnes. Il n'existe pas de corrélation entre l'importance des fausses-routes et le risque de pneumopathie (Woisard et Puech, 2011).

Lors d'inhalations répétées, le réflexe tussigène diminue petit à petit jusqu'à disparaître totalement, dans certains cas. On parle alors de fausse-route « silencieuse » ou « à bas-bruit ». Elle devient alors nettement plus dangereuse car le patient ne peut réagir à un danger que son corps n'a pas repéré.

Les fausses-routes silencieuses sont nettement sous-estimées par les patients, leur entourage et par les soignants. La diversité des études et leurs méthodologies ne permettent pas de mettre en évidence de prévalence précise. Une des estimations les plus fiables serait entre 15 et 30% retrouvés chez les patients cérébrolésés (Ramsey et al., 2005).

2.2.2. Les signes cliniques

Afin de repérer le plus précocement possible les troubles de déglutition, il est nécessaire d'en connaître les signes cliniques. Nous nous attacherons ici à ceux pouvant être perçus par un soignant à l'hôpital, résumés dans le tableau 1.

Les signes d'alerte regroupent tous les troubles installés provoquant déjà des retentissements directs sur la santé du patient. En pratique, il convient donc de les repérer de manière urgente afin de limiter les altérations sur la qualité de vie du patient. Les forts indicateurs de dysphagie sont : la voix mouillée après la déglutition ainsi que la toux et le hémage pendant et après déglutition (Woisard et Puech, 2011).

Les signes prédictifs sont plus discrets, méconnus donc souvent négligés. Ils désignent des symptômes cliniques susceptibles d'engendrer des complications majeures. Ces altérations peuvent, et doivent, orienter les professionnels afin d'améliorer le confort de vie des patients et éviter l'installation de complications.

Signes d'alerte	Signes prédictifs
Toux Dyspnée brutale Voix mouillée après la déglutition Hemmage pendant ou après déglutition Reflux nasal	Altérations salivaires Bavage Toux à distance des repas Stases buccales Mastication excessive Réduction des prises alimentaires Allongement du temps des repas

Tableau 1. Signes cliniques de troubles de la déglutition selon Woisard et Puech (2011)

Durant tout le processus de déglutition, la plainte du patient se doit d'être prise en compte. La manifestation d'un inconfort atteste d'un défaut de coordination des mouvements nécessaires à la déglutition.

Certaines situations favorisent et/ou entretiennent les troubles déjà présents :

- Encombrement bronchique chronique
- Pneumopathies répétées
- Fièvre inexplicée
- Perte de poids rapide
- Mauvaise hygiène buccale
- Augmentation du temps des repas
- Réduction des prises alimentaires
- Difficulté à la prise de médicaments
- Sélectivité alimentaire
- Changement des habitudes au repas

2.3.Principales étiologies et facteurs de risque

Les principales étiologies des troubles de déglutition, qui sont aussi des facteurs de risque, sont répertoriées dans le tableau 2. La prévalence des troubles de déglutition dépend de la population étudiée et des facteurs de comorbidité. Nous détaillerons les publics à risque de dysphagie, sans aborder les syndromes génétiques, population spécifique peu présente dans les établissements hospitaliers.

Etiologies fréquentes des dysphagies en établissement hospitalier			
oropharyngée		œsophagienne	
Atteintes neurologiques centrales	Vasculaires	Pathologies œsophagiennes	Reflux gastro-œsophagien
	Dégénératives		Diverticule
Atteintes neurologiques périphériques	Tumorales	Obstruction organique	Sténose
	Infectieuses		Achalasie
Maladies musculaires, neuromusculaires, articulaires	Traumatiques	Tumeurs	Troubles moteurs
	Paralysie récurrentielle		Ingestions toxiques
Iatrogénie	Traumatismes cervicaux		
	Myopathies... Traumatismes cervicaux		
	Chirurgie cervico-faciale, thoracique, digestive		
	Traitements radiothérapeutiques		
	Traitements médicamenteux		
	Réanimation (intubation et trachéotomie)		
	Inflammations, infections		

Tableau 2. Etiologies fréquentes des dysphagies en établissement hospitalier, inspiré de Ruglio (2013, 2017)

2.3.1. Les dysphagies oropharyngées

❖ Les pathologies neurologiques centrales et périphériques

Les troubles peuvent tirer leur origine d'une **étiologie vasculaire**. De 42 à 67% des patients ayant eu un accident vasculaire cérébral (AVC) seraient dysphagiques dans les trois jours suivant leur accident (Hinchey et al, 2005). L'AVC peut engendrer des troubles de la motricité volontaire et des atteintes des nerfs crâniens impliqués dans la déglutition (V, VII, IX, X, XI XII) et/ou des aires motrices dans les régions préfrontales, susceptibles d'entraîner une difficulté dans la prise alimentaire, une diminution du tonus et des troubles de propulsion. Un retard de déclenchement du réflexe de déglutition est fréquent.

L'âge avancé est un facteur de risque de troubles de déglutition. Ruglio souligne que la déglutition de la personne âgée (*presbyphagie*) désigne une altération normale de la déglutition due au vieillissement naturel. Il convient de bien différencier ce terme de la dysphagie. Avec l'âge, les pénétrations laryngées peuvent être inconstantes, peu profondes et expulsées spontanément ; ce qui n'est pas le cas dans le cadre des troubles de déglutition objectivés (Ruglio, 2017). Le patient gériatrique est précipité dans la pathologie lorsqu'il n'est plus en mesure de s'adapter à ses difficultés. Apparaissent alors peu à peu les signes cliniques évocateurs : pneumopathies d'inhalation, asphyxie, dénutrition et déshydratation (Association de Prévention Pluridisciplinaire de la Dysphagie, 2018; Woisard et Puech, 2011). La prévalence des troubles de déglutition en institution gériatrique se situerait autour de 70% selon les études (Ruglio, 2017)

Liés ou non au vieillissement, les troubles cognitifs sévères limitent les capacités du patient à s'alimenter de manière correcte (Bleeckx et Otto, 2003). Les troubles de déglutition marquent parfois les premiers signes d'une **maladie neurodégénérative**.

Fréquents et d'origine plurifactorielle, les troubles cognitivo-comportementaux s'expriment par des déficits exécutifs, gnosiques et praxiques. Ils se traduisent par des troubles du comportement alimentaire et des difficultés dans la coordination des étapes nécessaires à la déglutition, majorant ainsi le risque de fausse-route. Durant le repas, peuvent être observés « *mâchonnement, recrachage, perte de fil, distractibilité, parole simultanée, comportement d'utilisation, glotonnerie* » (Ruglio, 2017). Dans les syndromes parkinsoniens par exemple, les lésions du système extrapyramidal menacent la vie des patients du fait de difficultés du contrôle des mouvements lors de la déglutition.

Des troubles dysphagiques peuvent apparaître dans le cadre de **tumeurs cérébrales**, de **traumatismes crâniens et cervicaux** du fait de la proximité anatomique avec les structures impliquées dans la déglutition. De plus, certaines **pathologies infectieuses** (sclérose en plaques par exemple) entraînent des troubles de déglutition, parfois majorés par des troubles cognitifs progressifs.

❖ Les pathologies neuromusculaires et musculaires

Les **atteintes au niveau neuro-musculaire ou musculaire** altèrent le processus de déglutition par un dysfonctionnement mécanique. C'est le cas des myopathies (myopathie de Steinert, myopathie oculo-pharyngée, etc.), pathologies pour lesquelles les difficultés se manifestent par des fausses-routes aux solides, un reflux nasal, une mastication peu efficace, un défaut de relâchement après contraction et des stases salivaires inconscientes (Woisard et Puech, 2011). La sclérose latérale amyotrophique engendre des troubles de déglutition qui se majorent avec l'avancée de la maladie.

❖ Etiologies iatrogènes

La prévalence des troubles de déglutition en **carcinologie ORL** est importante : 50% des patients présentant une tumeur ORL auraient des troubles de déglutition à des degrés divers avant leur intervention chirurgicale (Logemann et al, 2006).

L'utilisation accrue de la préservation d'organes, au travers de techniques non opératoires (radiothérapie, chimiothérapie) a permis de limiter l'ablation des structures nécessaires à la déglutition. Les séquelles chirurgicales, dépendantes de la localisation et de l'opération subie, ont pour conséquences potentielles des difficultés de propulsion du bol alimentaire et/ou de protection des voies aéro-digestives supérieures.

Une intervention chirurgicale proche des structures impliquées dans la déglutition (thyroïdectomie, chirurgie carotidienne) est susceptible d'entraîner des troubles de déglutition par déplacement, section (partielle ou totale) du nerf laryngé récurrent (paralysie récurrentielle) ou encore altération des muscles laryngés.

L'irradiation de la sphère ORL engendre des effets secondaires immédiats et tardifs prouvés : dysphagie, dysphonie, trismus, sténoses tissulaires, brûlures, douleurs articulaires, radiomucites, œdèmes, ostéoradionécrose, dysgueusie voire agueusie, hyposialie voire une xérostomie et altérations bucco-dentaires (Navez, 2007; Servagi-Vernat et al., 2015). De plus, une radiothérapie de la région cervicale peut réduire le mouvement d'élévation laryngé lors de la déglutition.

L'iatrogénie médicamenteuse est reconnue dans le domaine médical. Les médicaments engendrent directement des troubles de déglutition ou peuvent majorer une dysphagie sous-jacente. Les médicaments de la catégorie des neuropsychiatriques (neuroleptiques, sédatifs, benzodiazépines, antiépileptiques) altèrent la vigilance (Desport et al, 2014). Les anti-cholinergiques entraînent une diminution de la quantité salivaire (hyposialorrhée voire xérostomie). Tout médicament susceptible de favoriser le reflux gastro-œsophagien est un facteur de risque de dysphagie.

L'incidence des troubles de déglutition **chez les personnes intubées ou trachéotomisées** varie de 15 à 87% suivant les études (Partik et al, 2000).

Les effets du port d'une sonde d'intubation sur une courte période n'ont pas fait l'objet de nombreuses études. Les conséquences non négligeables de l'intubation prolongée ont cependant été objectivées. Placée dans la trachée, la sonde d'intubation amène parfois à une immobilité cordale et à une compression œsophagienne. Elle entraînerait également une hypersalivation et une augmentation du temps de déclenchement de la déglutition. L'intubation provoquerait une perturbation dans la relaxation des sphincters supérieurs et inférieurs de l'œsophage et, ainsi, une augmentation du reflux-gastro-œsophagien (Robert, 2004).

La trachéotomie engendre, de par sa disposition anatomique, une perte de sensibilité sous-glottique. Le port d'un ballonnet trop gonflé peut rétrécir l'œsophage et ainsi contraindre le passage du bol alimentaire. La pose d'un tel système ventilatoire inhibe le mécanisme de toux en plus de contraindre l'élévation laryngée.

Enfin, certaines pathologies inflammatoires (pharyngite, amygdalite), infectieuses (herpès, candidose) ou des traumatismes (intoxications, brûlures) majorent les difficultés à la déglutition.

Encore aujourd'hui, nombreux sont les patients n'ayant pas entièrement compris leur situation médicale et/ou les complications possibles de leurs traitements. Il nous semble donc essentiel de proposer aux soignants une information complète à ce sujet en vue de transmettre ces connaissances aux patients.

2.3.2. Les dysphagies œsophagiennes

A la différence des dysphagies hautes, les dysphagies basses ne sont pas prises en charge par l'orthophoniste mais traitées de manière médicale.

Résultant souvent d'une hypertonie du SSO, le reflux gastro-œsophagien (RGO) a parfois une incidence sur les mécanismes de déglutition. Il peut être asymptomatique ou se manifester au travers de signes extra-digestifs (Ruglio, 2017). Comme le souligne Ruglio (2017), le reflux œsophagien, distinct du RGO, définit le retour pharyngé de stases intra-œsophagiennes. Il se traite la plupart du temps par des ajustements comportementaux (fractionnement des repas).

Des troubles primitifs ou secondaires de la motilité œsophagienne affectent la déglutition (Ruglio, 2013). Plus rarement, on retrouve également des altérations dues aux malformations congénitales ou acquises de l'œsophage. Enfin, l'ingestion de produits caustiques peut provoquer des lésions internes irréversibles sur le tube digestif.

2.4. Retentissements sur la qualité de vie

2.4.1. Répercussions individuelles et sociétales

Associés à une morbidité et une mortalité accrue, les troubles de déglutition impactent fortement la qualité de vie du patient (Ekberg et al., 2002; Woisard et Puech, 2011). Ils ont pour complications potentielles des infections respiratoires, une dénutrition, une déshydratation et peuvent induire un risque vital (Woisard et Puech, 2011). Dans ce cadre, un suivi régulier par un diététicien-nutritionniste permet une prise en charge adaptée. Au niveau respiratoire, les fausses-routes répétées engendrent des pneumopathies d'inhalation, dues à l'accumulation de corps étrangers dans les bronches.

Sur le plan social, les troubles de déglutition bousculent souvent l'organisation familiale. Le changement de texture alimentaire, l'augmentation de la durée des repas et du mode d'alimentation obligent à une refonte du rythme familial, provoquant parfois des conflits autour de l'alimentation. Dans certains cas, la dysphagie impacte la vie professionnelle des patients en déstructurant l'organisation du travail. Le moment du repas est, particulièrement en France, un vecteur de socialisation important. Dans une étude d'Ekberg et ses co-auteurs, seuls 40% des individus dysphagiques apprécient le moment du repas et

36% évitent de manger en public (Ekberg et al., 2002). Au fur et à mesure, le patient dysphagique sera amené à se mettre retraits, s'excluant petit à petit des interactions sociales. Souvent largement négligés, les retentissements psychologiques des troubles de déglutition se manifestent par une panique et une anxiété autour du repas ; parfois même des vomissements à la reprise de l'alimentation orale (Ekberg et al., 2002). La peur du regard des autres, la perte de l'estime de soi et des comportements de privation (évitement de sortie au restaurant, refus des invitations) sont souvent constatés.

Enfin, il convient de prendre en compte les répercussions économiques de la dysphagie. Au vu de son état de santé, souvent altéré, le patient avec troubles de déglutition sera amené à être hospitalisé plus longtemps ou plus régulièrement du fait des complications. Ces soins entraînent ainsi des coûts de santé importants, que l'on peut limiter par des mesures préventives.

La prise en charge des troubles de déglutition en établissement hospitalier se révèle être dès lors un enjeu de santé publique.

2.4.2. Témoignages de patients

Voici quelques témoignages de patients rencontrés durant nos stages :

« Ma femme a refusé la gastrostomie. En réalité, je pense que nous n'avions pas compris ce que c'était. A l'époque, elle ne se nourrissait plus seule. Je l'hydratais par d'infimes cuillérées d'eau toutes les heures. On m'a dit plusieurs fois de me préparer à vivre ses derniers instants. Mais le sort n'a pas voulu d'elle. Aujourd'hui, après 10 ans de lutte contre cette maladie, un parcours médical atroce, j'aimerais simplement qu'on nous explique comment faire pour retrouver ensemble le confort de la table. »

Mari de Mme B., opérée d'un cancer de la langue en 2011

« J'ai été hospitalisé trois fois en deux ans pour infections respiratoires sévères. Mon médecin généraliste pensait que je faisais de graves réactions allergiques. Finalement, je ne pensais pas que la manière de m'alimenter aggravait mon état de santé jour après jour. »

M. A, ayant eu un accident vasculaire cérébral en 2007

« Je tousse à chaque repas, même après, parfois à m'en faire vomir. Je ne vais plus au restaurant avec ma femme depuis deux ans au moins. Elle ne supporte plus de me voir manger en plus d'une heure. Je n'ai jamais rencontré de professionnels qui m'ont parlé de troubles de déglutition. »

M. T., diagnostiqué atteint d'une myopathie de Steinert en 2007

Derrière ces quelques récits de patients, nous notons la souffrance, tant physique que psychologique, qu'entraîne la dysphagie. A la lumière de ces témoignages, nous mesurons d'autant plus l'importance de l'information des acteurs de soins quant au dépistage, la prise en soins et à la prévention des complications liées à ces troubles.

2.5. Prise en charge des patients dysphagiques

2.5.1. Importance de la multidisciplinarité

En fonction de l'étiologie de ses troubles, le patient dysphagique est amené à rencontrer un grand nombre de professionnels. Entre autres, peuvent intervenir les médecins (généralistes et spécialistes), les infirmiers, les aides-soignants, le kinésithérapeute, l'ergothérapeute, le neuropsychologue, l'orthophoniste, le diététicien, le cuisinier, le psychologue et l'assistante sociale. Une collaboration multidisciplinaire est fondamentale pour garantir au patient une prise en charge cohérente et coordonnée (Bleeckx et Otto, 2003). L'entourage fait partie intégrante du processus de soins du fait de sa proximité et de son importance dans l'équilibre socio-psychologique du patient.

Une communication interprofessionnelle se doit d'être mise en place autour du patient dysphagique. Dans un établissement de santé, la mise en place d'une procédure spécifique permet ainsi une amélioration du dépistage, une meilleure orientation diagnostique, une prise en charge fonctionnelle et la mise en place d'adaptations alimentaires, matérielles et humaines.

2.5.2. Dépistage et bilan

D'après l'OMS, le dépistage est « *l'identification présomptive d'une maladie ou d'anomalies non reconnues au moyen de tests, d'examen ou d'autres méthodes pouvant être appliquées rapidement [...]. [Il n'a] pas pour objectif de poser un diagnostic. Les personnes pour lesquelles les résultats sont positifs ou douteux doivent être renvoyées à leur médecin pour un diagnostic et, si besoin est, un traitement.* ». Les procédures de dépistage de troubles de déglutition se focalisent sur les signes cliniques visibles évocateurs (toux, modification de la voix, stases buccales, déglutitions multiples). Etges met en évidence une grande hétérogénéité de ces méthodes de dépistage. A ce jour, il n'existe pas de consensus sur la « meilleure » procédure à appliquer, « *il appartient aux professionnels de choisir l'instrument qui convient aux exigences de leur activité, le fonctionnement du service et le profil des patients rencontrés* » (Etges et al., 2014).

❖ Champs de compétences des soignants

En 2011, le Comité de Liaison d'Alimentation et de Nutrition (CLAN) central de l'Assistance Publique-Hôpitaux de Paris a recensé les rôles de chaque intervenant dans la prise en charge des patients dysphagiques (Inter CLAN gériatrique AP-HP, 2011). Après une formation spécifique, les infirmiers sont habilités à procéder au dépistage des troubles de déglutition, ce qui n'est pas le cas des aides-soignants (Inter CLAN gériatrique AP-HP, 2011). Cependant, en aucun cas ils n'effectuent d'essai alimentaire, compétence détenue par le kinésithérapeute ou l'orthophoniste (Inter CLAN gériatrique AP-HP, 2011).

Kinésithérapeutes et orthophonistes disposent de compétences partagées dans la prise en charge des troubles de la déglutition. Nous regrettons toutefois que la complémentarité entre ces deux professions soit parfois entravée par une méconnaissance du rôle spécifique de l'une ou l'autre de ces professions. Du fait de sa formation spécifique, l'orthophoniste est cependant le seul professionnel habilité à recommander des adaptations alimentaires (saveur, texture et température des aliments) (Inter CLAN gériatrique AP-HP, 2011).

Dans leur mémoire en orthophonie, L. Collard-Dutilleul et G. Le Maoût soulignent que 74% des médecins interrogés reconnaissent un besoin d'informations sur le rôle de l'orthophoniste en matière de prise en charge de la dysphagie (Collard-Dutilleul et Le Maoût, 2010). Ce chiffre, déjà conséquent, nous indique que les champs de compétences de

l'orthophoniste sont souvent méconnus. En structure de soins, notamment en établissements hospitaliers pour personnes âgées dépendantes, la modification de textures vers une alimentation mixée sur la seule présence de toux s'avère parfois fréquente voire systématique et est délétère pour le patient. Les restrictions de textures majorent les risques de dénutrition / déshydratation ce qui augmente les probabilités d'inhalation en plus d'engendrer pertes fonctionnelles et altérations de la qualité de vie. L'épaississement des liquides diminue également la biodisponibilité des médicaments (Cichero et al., 2013). Nous voyons ainsi que l'adaptation des textures n'est jamais anodine et nécessite une expertise professionnelle que détient l'orthophoniste.

Dans une étude américaine menée par Wilkins et ses co-auteurs, 22,6 % des patients interrogés déclaraient présenter des difficultés à la déglutition et, parmi eux, la moitié (46,3%) n'ont pas évoqué leurs symptômes à leur médecin généraliste (Wilkins et al, 2007). Les symptômes ne sont donc pas toujours verbalisés. Ceci nous renforce dans l'idée de donner aux patients les moyens d'exprimer leurs ressentis.

❖ Echelles d'auto-évaluation

L'utilisation d'auto-questionnaires allie plusieurs avantages : rapidité de passation, facilité d'utilisation, score global transmissible aux équipes et limitation des coûts de santé. Il ne nécessite pas, en première instance, la présence de professionnels de santé formés à la problématique. Son utilisation systématique à l'hôpital pourrait donc être judicieuse dans le cadre du dépistage des troubles de la déglutition (Cordier et al, 2017). Paillusseau et co-auteurs ont souligné l'intérêt des d'auto-questionnaires associés à un bilan fonctionnel de déglutition (Paillusseau et al, 2001).

Nous détaillerons ci-dessous deux auto-questionnaires utilisés en pratique clinique.

Deglutition Handicap Index (DHI)

Le DHI est un auto-questionnaire validé pour évaluer le handicap des troubles de déglutition oropharyngée (Woisard et al., 2006). Il est destiné à des patients pour lesquels une dysphagie a été objectivée. La construction de cet outil s'est fondée sur le Voice Handicap Index. Réparti en trois sous-domaines de 10 points chacun, il aborde les aspects

physiques, fonctionnels et émotionnels liés à la déglutition, ce qui en fait un outil intéressant. Le patient est amené à répondre à 30 questions sur une échelle de fréquence (de jamais à toujours) associée à un nombre de points. Plus le score total est proche du maximum, 120 points, plus le handicap ressenti est grand. Les scores du DHI sont sensibles à l'évolution du patient (Paillusseau et al., 2011).

Cet outil ne peut être proposé qu'à des patients alimentés per os. Le DHI peut également s'avérer long et complexe lorsqu'il est rempli sans l'aide d'un professionnel. Il convient donc de s'assurer de la bonne compréhension du sujet lors des réponses données.

L'Eating Assessment Tool-10 (EAT-10)

L'EAT-10 est un auto-questionnaire de dépistage du risque de troubles de déglutition composé de 10 questions notées sur cinq points de 0 (aucun problème) à 4 (problèmes sévères), validé par Belafky et co-auteurs en 2008. Certains items portent sur des altérations fonctionnelles, d'autres sur la qualité de vie. Un score supérieur ou égal à 3 points, sur un maximum de 40, indique un risque de trouble de déglutition et invite le patient à consulter un spécialiste (Belafsky, 2008).

Ce questionnaire a été validé auprès d'une cohorte de 235 individus présentant des troubles vocaux et/ou de la déglutition dont les étiologies étaient connues (AVC, maladie neurodégénérative, reflux gastro-œsophagien, antécédents de cancer de la sphère ORL, troubles de la motilité œsophagienne, néoplasies œsophagiennes). Selon ses auteurs, l'EAT-10 possède des qualités psychométriques satisfaisantes (sensibilité de 90%, spécificité de 82%) ainsi qu'une bonne cohérence interne (coefficient alpha de Cronbach = 0,96). Il ne faudrait qu'environ deux minutes pour remplir le questionnaire (Belafsky et al., 2008). D'après une étude de Cheney et co-auteurs, les patients avec un score à l'EAT-10 supérieur à 15 auraient 2,2 fois plus de risques d'inhalations que ceux avec un score inférieur. A ce seuil, la sensibilité de l'outil serait de 71% avec une valeur prédictive négative de 89% (Cheney et al, 2015).

Toutefois, l'EAT-10 dispose de nombreuses limites, mises en évidence dans les études récentes (Cordier et al., 2017).

Tout d'abord, il convient de préciser que l'EAT-10 exclut les patients avec troubles cognitifs avancés ou état de conscience altérée, car il ne permet pas un recueil fiable des réponses

données. Or, les troubles cognitifs précipitent et majorent les troubles de déglutition (Bleeckx et Otto, 2003). En tant qu'auto-questionnaire, l'EAT-10 repose sur une analyse subjective, s'appuyant sur le ressenti du patient. Les fautes-routes silencieuses, par définition non perçues par le patient, ne sont donc pas forcément repérées. De plus, l'étude de Cheney soulève des failles dans la construction de l'outil, notamment la redondance des items (Cheney et al., 2015). Rofes et co-auteurs recommandent quant à eux d'ajuster le seuil de risque de l'EAT-10 à 2 points, au lieu de 3, en raison d'une meilleure sensibilité sans impact sur la spécificité (Rofes et al, 2014). L'équipe de Cordier et collaborateurs attribue à ce questionnaire un effet plancher considérable sans effet plafond et souligne qu'au moins quatre des dix items ne contribuent pas à la construction globale mesurée (Cordier et al., 2017). Ajoutons que l'EAT-10 est également contesté pour sa faible capacité de distinction entre les différents degrés de troubles de déglutition.

Malgré les nombreuses critiques, l'EAT-10 est le seul outil validé, à notre connaissance, visant un dépistage (*screening*) rapide des troubles de déglutition à travers un auto-questionnaire. Aucune version française n'est validée à ce jour. Le groupe Nestlé Health Science propose une traduction francophone sur leur site internet¹.

2.5.3. Quelques outils disponibles

Malgré la tendance actuelle à utiliser des outils normés, peu nombreux sont les orthophonistes à s'en servir dans le cadre des troubles de déglutition. D'après les résultats d'une enquête de pratiques effectuée auprès d'orthophonistes, les trois quarts n'utilisaient pas de bilans normés dans leur pratique clinique (Paillusseau et al., 2011). Il existe pourtant des outils d'évaluation validés. Précisons que seuls des examens instrumentaux, notamment à l'aide de la radiovidéofluoroscopie, permettent de poser un diagnostic médical (Ruglio, 2017).

Nous détaillerons brièvement certains outils disponibles en pratique clinique.

¹ Disponible sur
<https://www.nestlehealthscience.nl/fr/services/depistagedenutrition/documents/eat10-fr.pdf>
(consulté le 20/01/2018)

Décrit par Y. Tannou et X. Cormary (s.d), **le bilan écosystémique de déglutition** permet une observation attentive du patient âgé et de son environnement avant, pendant et après le processus de déglutition. Il se compose d'une grille d'analyse détaillée. Cet outil est utilisable pour d'autres types de patients si on veille à préciser certaines spécificités liées à l'étiologie des troubles.

Le test du verre d'eau (De Pippo et al., 1992) est recommandé par l'ANAES pour le dépistage de la dysphagie dans le cadre d'AVC aigu.

Le test de capacité fonctionnelle de la déglutition (Guatterie et Lozano, 1999) a été adapté par Nutrisens Medical au travers du Dysphagia Standardized Assessment®. Il permet à tout professionnel de santé d'effectuer des essais d'alimentation et d'hydratation selon une progression définie. Cet outil permet de décider rapidement de la texture la plus adaptée sans tenir compte des antécédents du patient et de l'éventuelle rééducation. Le test dit « de Guatterie » reste très critiqué pour ses faiblesses psychométriques.

En établissement hospitalier, **le Volume-Viscosity Screening Test (V-VST)** (Clavé et al, 2008) est très utilisé du fait de ses bonnes qualités psychométriques et de la diversité des étiologies prises en compte dans l'étalonnage. Cet outil utilise une progression dans les textures utilisées. Il peut être effectué par un personnel soignant formé. Il s'associe à une mesure de l'oxymétrie. En outre, si la saturation en oxygène est inférieure à 92%, le test est stoppé du fait d'une trop grande mise en danger. Une chute de plus de 3% de l'oxymétrie durant la déglutition signe une atteinte de la sécurité du patient.

Le COLP-FR-G (Sauvignet, A.et al., 2011) s'est inspiré du GRBASI, une échelle quantitative de la voix. Pour analyser la déglutition du patient, il comprend six paramètres pertinents, chacun décomposés en trois éléments. On retrouve les critères « **Contraintes** », « **temps Oral** », « **temps Laryngé** », « **temps Pharyngé** » « **Fausse-route** » et « **Grade** ». Cet outil, validé, dispose d'une bonne fiabilité inter juge et de corrélations entre les items correctes. Il a été récemment actualisé dans le cadre d'un mémoire en orthophonie (Fargues et Guyon, 2017). Le COLP-FR-G permet une évaluation rapide et sensible. En revanche, sa cotation n'est pas facile d'accès et nécessite une formation spécifique.

2.5.4. Prévention des complications

Comme nous avons pu le constater, les troubles de déglutition sont susceptibles d'entraîner de lourdes complications. La prévention de celles-ci permet de limiter les répercussions somatiques, psychologiques, sociales et économiques.

Pour cela, **une formation continue** des soignants s'avère nécessaire. Des équipes formées disposent de meilleures capacités de dépistage et orientent plus rapidement vers des bilans complémentaires. La mise en sécurité des patients est également renforcée, notamment pendant le temps des repas, par la mise en place des adaptations proposées (textures, posture, environnement) (Ruglio, 2017).

Favoriser le dépistage de la dysphagie et prévenir ces complications s'avèrent des enjeux de santé publique, permettant une orientation précoce des patients vers une prise en charge adaptée et une réduction des coûts de santé.

2.6. La démarche qualité en établissement de santé

L'amélioration de la **qualité des soins** est une volonté omniprésente dans les établissements de santé.

La démarche qualité se fonde sur plusieurs objectifs : l'analyse des pratiques individuelles ou collectives, l'élaboration de plans d'actions d'amélioration ainsi que le suivi d'amélioration des pratiques et des mesures d'impacts des actions entreprises (HAS, 2013). Les actions menées, notamment au moyen d'évaluations de pratiques professionnelles, « [doivent] conduire à un gain en termes de qualité et de sécurité des soins » (Vidal, 2011). Selon l'ANAES, « *le repérage des problèmes et des dysfonctionnements, leur analyse et leur traitement est un moyen essentiel d'améliorer la qualité avec un retour sur investissement important et rapide* » (ANAES, 2002).

La démarche qualité se compose de quatre étapes, d'après un modèle décrit par W.E. Deming (Figure 1) dans les années 1960 (Vidal, 2011).

- La planification (*plan*) : les objectifs, la méthode et les critères choisis
- La mise en place (*do*) : les actions menées
- Le contrôle (*check*) : analyse de la pratique et de l'efficacité des actions entreprises

- L'amélioration (*act*) : mise en place de mesures correctrices et de réévaluations fréquentes

Soutenant la procédure, l'expérience dans le domaine ciblé participe activement à l'amélioration continue via un enrichissement des connaissances au fur et à mesure du temps.

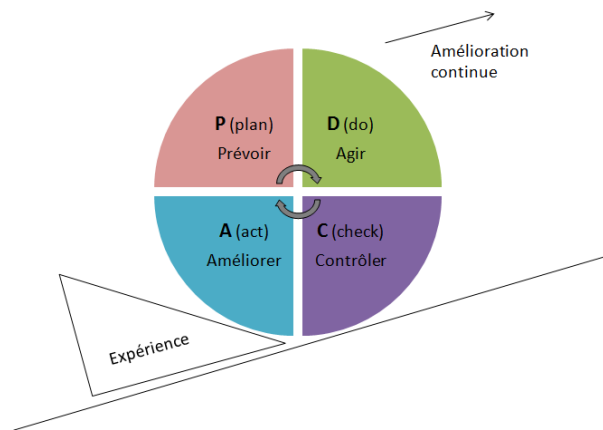


Figure 1 : Modélisation de l'amélioration continue de la qualité proposée par W. E. Deming, d'après Vidal (2011)

2.7. Le Comité de Liaison Alimentation Nutrition (CLAN)

Le CLAN, par l'expertise de ses membres dans les domaines de l'alimentation, de la restauration et de la nutrition, représente un comité consultatif de référence dans un établissement de santé. Il « s'assure de l'état des besoins de l'établissement par un bilan de l'existant en matière de structures, moyens en matériels et en personnels, et de l'évaluation des pratiques professionnelles dans le domaine de l'alimentation et de la nutrition » (Programme National Nutrition Santé, 2004). Pour ce faire, le CLAN peut être amené à planifier et effectuer des actions de formation continue pour les soignants impliqués dans cette thématique (Programme National Nutrition Santé, 2004).

La circulaire DHOS du 29 mars 2002 relative à l'alimentation et à la nutrition dans les établissements de santé recommande la mise en place de CLAN dans toutes les structures de soin.

3. PROBLÉMATIQUE ET HYPOTHÈSES

Les troubles de déglutition peuvent impacter de manière notable la qualité de vie et le bien-être des patients (Ekberg et al, 2002). Force est de constater que nombreux sont les professionnels de santé non formés aux troubles de déglutition. En nous fondant sur différentes actions de prévention entreprises récemment à ce sujet par des étudiants en orthophonie (Abela et Ledoux, 2015; Collart-Dutilleul et Le Maoût, 2010), il nous apparaît que les soignants sont en manque d'informations concernant la dysphagie et sa prise en charge, ceci pouvant vraisemblablement s'expliquer par un faible taux horaire alloué à ces enseignements (Collart-Dutilleul et Le Maoût, 2010).

Il nous a donc semblé pertinent de proposer d'évaluer les pratiques professionnelles des soignants concernant les troubles de déglutition en établissement de santé, en vue d'améliorer la prise en soins des patients hospitalisés. Nous formulons donc ce principal questionnement :

Comment dépister, diagnostiquer et prendre en charge les troubles de déglutition en établissement hospitalier ?

Pour répondre à cela, nous postulons quatre hypothèses générales :

- ① Les équipes soignantes en structure hospitalière manquent d'informations concernant la prise en charge des troubles de déglutition.
- ② Les connaissances des soignants concernant la prise en charge de la dysphagie peuvent être améliorées par une session d'information spécifique.
- ③ Une EPP peut participer à la mise en place de formations continues portant sur les troubles de déglutition dans un établissement de santé.
- ④ En centre hospitalier, un dépistage systématique des troubles de déglutition à l'aide de l'Eating Assessment Tool-10 items (EAT-10) est pertinent.

4. PARTIE PRATIQUE

4.1. Objectifs

Notre travail visait à améliorer le dépistage et la prise en charge des patients dysphagiques accueillis à la clinique de l'Europe de Rouen. Aucune procédure n'était à ce jour établie dans cet établissement.

Nous avons formulé trois principaux objectifs de travail :

- Réaliser un état des lieux des connaissances et pratiques professionnelles des IDE et AS de l'établissement au sujet des troubles de déglutition
- Sensibiliser les soignants à la dysphagie et mettre à jour leurs connaissances afin de renforcer les orientations vers des bilans complémentaires, notamment orthophoniques.
- Impliquer les soignants des services dans la prise en charge pluri-professionnelle et le dépistage de la dysphagie via l'élaboration d'une procédure de dépistage

Notre travail s'est déroulé en deux étapes :

- l'élaboration d'une évaluation des pratiques professionnelles (EPP) portant sur la formation/l'information des personnels soignants concernant le dépistage et la prise en charge des troubles de déglutition dans la clinique de l'Europe
- l'étude de faisabilité et de pertinence d'une utilisation systématique d'un outil de dépistage de la dysphagie, ceci en vue d'établir une première procédure de dépistage dans l'établissement

4.2. Matériels et méthodes

4.2.1. Population

Nous avons effectué notre travail au sein de la clinique de l'Europe de Rouen. Cette structure privée, disposant de 350 lits, est le deuxième centre hospitalier de l'agglomération rouennaise. Elle accueille une patientèle diversifiée du fait de la variété des types d'interventions proposées.

- le 1^{er} étage est entièrement consacré à l'unité de soins intensifs
- le 2^{ème} étage accueille des patients dans le cadre de chirurgie orthopédique
- le 3^{ème} étage est consacré à la chirurgie digestive, ORL, vasculaire et gynécologique
- enfin, le 4^{ème} étage prend en charge la médecine polyvalente

Cet établissement ne dispose pas d'orthophoniste en tant que tel. Notons qu'une orthophoniste exerce à temps plein dans la clinique mitoyenne, la clinique Méridienne de Rouen, partiellement rattachée à l'établissement. Au sein de la clinique de l'Europe, elle est amenée à intervenir de manière très ponctuelle sur demande des médecins et principalement en carcinologie ORL.

Critères d'inclusion et d'exclusion

Dans le cadre de notre EPP, nous avons ciblé tous les aides-soignants (AS) et les infirmiers (IDE) de l'établissement, soit 80 soignants. En effet, les AS et les IDE sont des acteurs clés en raison de leur présence quotidienne auprès des patients et des échanges réguliers avec l'entourage (Bleeckx et Otto, 2003). Ce sont les professionnels de santé les plus nombreux dans la structure et les plus régulièrement en contact avec les patients. Nous avons exclu de notre travail tous les autres professionnels de santé, et a fortiori ceux ne travaillant pas dans l'établissement.

En ce qui concerne notre enquête sur l'utilisation d'un outil de dépistage, nous avons souhaité rencontrer un maximum de patients présents dans l'établissement. Afin d'obtenir des réponses les plus fiables possibles, nous avons exclu de nos analyses quantitatives les patients

- à jeun en pré ou post-opératoire
- non alimentés en per os (alimentation entérale ou parentérale)
- avec troubles de compréhension et/ou de production en modalité orale ou écrite (critère subjectif)
- avec troubles cognitifs (critère subjectif)
- confus et/ou non vigilants

4.2.2. Evaluation des Pratiques Professionnelles (EPP)

Nous avons distribué un questionnaire préalable à tous les AS et IDE de l'établissement. Delphine Proust, responsable qualité de la clinique, s'est chargée de transmettre ces questionnaires aux différents cadres de santé afin d'en assurer la distribution et la récupération dans les deux semaines précédant l'organisation de notre session d'information.

Le 13 novembre 2017, nous avons organisé une séance d'information sur un créneau de trois heures. Pour ce faire, nous étions accompagnés de Géraldine Chaigneau, orthophoniste en cabinet libéral. Au début de cette demi-journée, nous avons distribué des questionnaires pré-séance d'information. Nous avons choisi de distribuer le questionnaire post-séance d'information ce même jour dans le but d'obtenir un maximum de réponses. Cette procédure de distribution de questionnaires (évaluations pré et post le même jour) est très utilisée dans l'établissement, notamment dans le cadre des différentes EPP. Un questionnaire de satisfaction a également été proposé aux participants. La schématisation de notre travail est représentée en Figure 2.

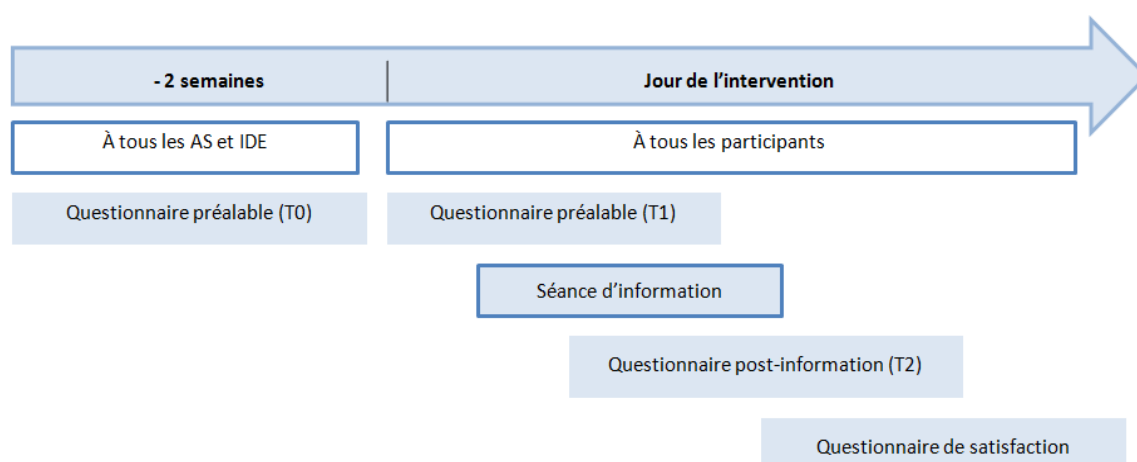


Figure 2. Schématisation de l'EPP

Durant la suite de notre propos nous appellerons respectivement :

- T0 : les questionnaires préalables distribués à tous les soignants de la structure
- T1 : ceux remplis en pré-séance d'information aux participants
- T2 : ceux remplis en post-séance d'information aux participants

4.2.2.1. Elaboration des questionnaires pré et post-séance d'information

Les questionnaires distribués en T0 et en T1 sont semblables. Ils seront désignés ici sous le terme de « questionnaires préalables ».

Les questionnaires pré- et post-séance d'information, respectivement disponibles en Annexe A et B, ont été réalisés dans le but d'établir un état des lieux des connaissances et des pratiques concernant les troubles de déglutition. Nous avons souhaité conserver l'anonymat

des soignants afin d'obtenir plus d'objectivité dans les réponses. Les questions posées sont résumées dans le tableau 3, ci-dessous.

Informations générales	<ul style="list-style-type: none"> - profession - durée d'exercice professionnel - étage/service d'exercice - formation concernant les troubles de déglutition pendant et après les études
Modalités de dépistage des troubles de déglutition	<ul style="list-style-type: none"> - protocole déglutition existant dans l'établissement - connaissance du processus physiologique de déglutition - fréquence de rencontre avec des patients dysphagiques - connaissance des publics à risque - connaissances des signes cliniques de troubles - connaissance sur les fausses-routes silencieuses - questions posées aux patients au sujet de la déglutition - connaissances des effets secondaires de la radiothérapie
Suivi des patients	<ul style="list-style-type: none"> - notifications dans les transmissions - questions posées par l'entourage - difficultés rencontrées dans la prise en charge - connaissances des retentissements sur la qualité de vie - professionnels impliqués dans la prise en charge
Adaptations proposées	<ul style="list-style-type: none"> - connaissances des postures de sécurité - conseils/adaptations proposés aux patients
Demande d'information (seulement en T0 et T1)	<ul style="list-style-type: none"> - thématiques utiles à développer lors d'une session d'information
Bénéfice de l'information reçue (seulement en T2)	<ul style="list-style-type: none"> - thématiques renforcées par la séance d'information reçue - confiance individuelle sur les capacités de repérage - aptitude à répondre aux questions posées - évolution de la pratique après cette information

Tableau 3. Récapitulatif des questions posées dans les questionnaires pré et post-séance d'information

4.2.2.2. Elaboration du questionnaire de satisfaction

Le but de notre questionnaire de satisfaction (Annexe C) était d'évaluer la pertinence de notre session d'information, d'en déceler les points forts et les points faibles ainsi que d'en tirer un éventuel intérêt à plus grande échelle. Il se compose d'une évaluation des différents aspects de la séance d'information sous la forme d'une échelle en cinq points : pas du tout satisfait, pas satisfait, assez peu satisfait, satisfait, très satisfait.

4.2.2.3. Elaboration de la séance d'information

Notre information était composée d'une présentation orale et d'une mise en pratique avec essais alimentaires et mises en situation. Cette séance se voulait la plus pratique possible afin de donner aux soignants les ressources nécessaires à une mise en application rapide de mesures préventives. Le contenu a été volontairement épuré et ciblé aux besoins immédiats d'un AS ou d'un IDE intervenant dans le cadre hospitalier. Le support d'information, également distribué aux participants sous format papier, est disponible en Annexe D.

Nous souhaitons sensibiliser les participants à la problématique de la dysphagie, souligner l'importance de chaque professionnel dans le processus de soins et (re)définir le rôle de l'orthophoniste dans cette prise en charge. Afin d'explicitier le mécanisme de la déglutition physiologique, nous avons utilisé des vidéos disponibles sur Internet. Nous avons abordé le mécanisme de toux. En distinguant les signes d'alerte et les signes prédictifs, audibles et visibles, nous avons voulu donner quelques points repères clés à observer chez un patient. De plus, nous avons souligné les situations devant alerter le soignant.

Par la suite, nous avons évoqué la physiopathologie et les principales étiologies de la dysphagie en abordant les multiples retentissements dans la vie du patient. La mise en pratique consistait en différents essais alimentaires, seul puis par binôme. Notre objectif n'était non pas de former les AS et IDE aux essais de déglutition, ce qui ne serait pas leur rôle, mais de les sensibiliser aux changements de textures et aux adaptations possibles. Nous avons proposé des essais aux liquides (eau plate, eau gazeuse, eau épaissie) et aux solides (compote et madeleine), textures choisies pour leur accessibilité dans l'établissement. Après l'atelier pratique, nous avons abordé les adaptations à mettre en place afin de prévenir les complications des troubles de déglutition. La proposition d'uniformisation des textures décrite par l'International Dysphagia Diet Standardisation Initiative (IDDSI) a été évoquée afin de sensibiliser à la nécessité d'un vocable commun entre établissements.

4.2.3. Evaluation d'un outil de dépistage : l'EAT-10

Dans un deuxième temps, nous souhaitons évaluer l'intérêt et la faisabilité de la distribution systématique d'un test de dépistage des troubles de déglutition.

Tous les soignants n'étant pas formés à l'utilisation de ce type de tests à travers des essais alimentaires, il semblait plus envisageable de proposer un questionnaire patient.

Pour ce faire, nous avons choisi d'utiliser l'EAT-10 bien que cet outil soit critiquable. Il nous a semblé essentiel de confronter cet outil à un public hospitalisé afin d'appréhender la faisabilité de sa généralisation en pratique clinique. Notre choix s'est arrêté sur cet auto-questionnaire, même si les deux premiers items ne peuvent s'objectiver dans le cadre d'une hospitalisation. Même du fait de ce biais majeur, le seuil pathologique (score ≥ 3) n'a volontairement pas été modifié.

Durant la journée du 28 février 2018, nous sommes intervenus seule dans les chambres afin de faire compléter ce questionnaire auprès d'un maximum de patients de l'établissement quel que soit leur motif d'hospitalisation. Pour faciliter la bonne compréhension des items et minimiser les risques de perte ou de non rendu du questionnaire, nous avons nous-mêmes complété le questionnaire en lisant les items aux patients. Aucun patient n'a rempli l'EAT-10 de manière autonome.

Nous avons mené notre enquête sur une seule journée dans le but d'établir un profil global des patients de tout l'établissement à un jour donné ; comme nous aurions pu le faire pour une enquête de prévalence.

Aucune traduction francophone de l'EAT-10 n'est validée à ce jour. Nous nous sommes appuyés sur la version francophone fournie par Nestlé HealthScience² pour proposer une traduction française qui nous semblait plus fidèle (Annexe E). Ajoutons que nous n'avons pas proposé les deux premiers items de l'EAT-10 aux patients car non pertinents dans le cadre d'une hospitalisation.

² Disponible sur

<https://www.nestlehealthscience.nl/fr/services/depistagedenutrition/documents/eat10-fr.pdf>
(consulté le 27/02/2018)

4.3.Mode de traitement des données

Pour le traitement des réponses de l'EPP, nous avons utilisé le logiciel Blue Medi, très répandu pour la démarche qualité et la gestion des risques en établissements de santé. L'analyse des scores obtenus par les patients à l'EAT-10 a été effectuée avec Excel. Tout au long de notre travail, nous avons tenu à conserver l'anonymat des soignants et des patients rencontrés.

4.4.Présentation des résultats

Nous présenterons tout d'abord les résultats de nos questionnaires avant et après séance d'information et ceci question par question. Par la suite, nous aborderons les résultats de l'EAT-10.

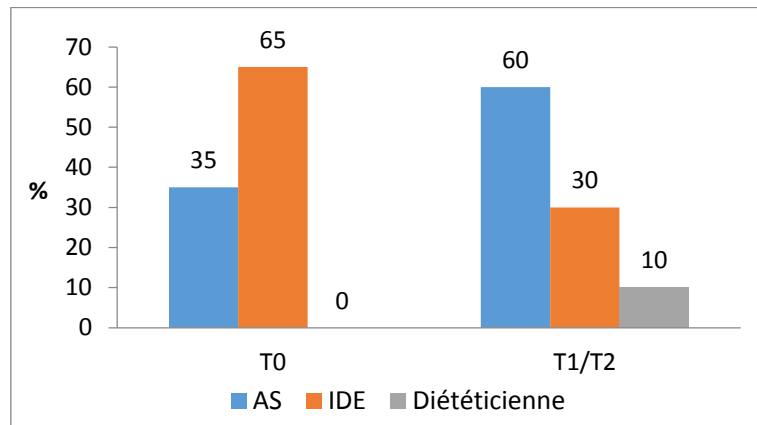
4.4.1. Résultats avant et après séance d'information

Sur les 80 AS et IDE de l'établissement, nous avons obtenu 21 questionnaires en T0. Ce faible taux de retour est en partie explicable du fait d'une grève du personnel effectuée durant la période de distribution. Nous n'avons pas souhaité étendre la distribution après la séance d'information pour ne pas obtenir de questionnaires préalables remplis plus tard par des participants de notre séance d'information.

Le jour de notre séance d'information, 10 soignants étaient présents. Ils étaient tous intéressés et volontaires pour participer à cette demi-journée. Sur ces 10 soignants, un seul avait déjà rempli le questionnaire préalable (T0). Pour ne pas comptabiliser à deux reprises les réponses de ce soignant, nous avons décidé d'ôter de nos analyses son questionnaire en T0. Nos analyses en T0 s'établissent dès lors sur 20 soignants, soit 25% des AS et IDE de la clinique. Nous regrettons n'avoir reçu aucun questionnaire provenant du 4^{ème} étage de l'établissement (médecine polyvalente).

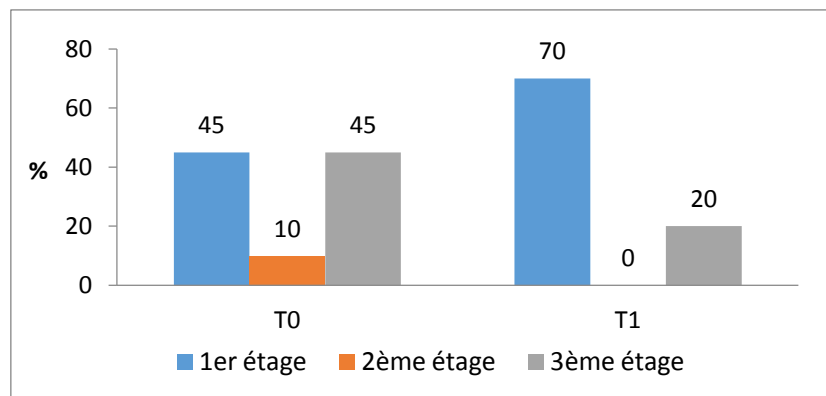
Informations générales

- **Profession**



65% des soignants ayant répondu à notre questionnaire et non présents durant notre séance d'information étaient IDE (65%). Nous constatons que le public présent lors de notre séance d'information était majoritairement composé d'AS (60%). La diététicienne de l'établissement était présente le jour de notre session d'information.

- **Etage d'exercice**



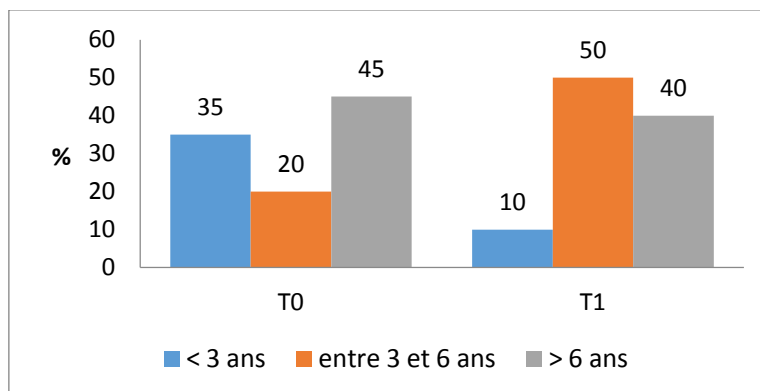
Rappel :

- 1^{er} étage : unité de soins intensifs
- 2^{ème} étage : chirurgie orthopédique
- 3^{ème} étage : chirurgie digestive, ORL, vasculaire et gynécologique

Notons que la somme des pourcentages de T1 n'est pas égale à 100% car la diététicienne, présente à notre séance d'information, exerce de manière transversale sur tous les étages. Elle n'est donc pas affiliée à un étage en particulier et n'est pas comptabilisée ici.

70% des soignants présents à l'information travaillaient en unités de soins continus (1^{er} étage). Cette forte proportion est probablement liée au fait que le Dr Devos, codirecteur de notre mémoire, soit également un des deux médecins responsables de ce service, ce qui a permis de mobiliser du personnel.

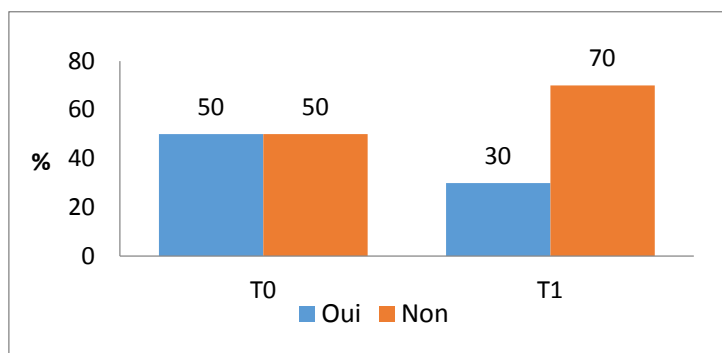
- **Nombre d'années d'expertise professionnelle**



Nous avons choisi de proposer trois choix possibles. Communément, la limite légale pour pouvoir encadrer un étudiant stagiaire est de trois ans d'exercice professionnel. Cette période permet d'acquérir des bases solides dans son domaine. Il nous a semblé qu'après 6 ans d'exercice, le soignant développait une certaine expertise professionnelle.

En T1, étaient majoritairement présents des soignants déjà expérimentés (50% entre 3 et 6 ans d'exercice, 40% ont plus de 6 ans d'exercice). Au vu des résultats globaux des questionnaires, nous pensons que l'expertise professionnelle n'interfère pas dans le niveau de connaissances des soignants concernant le dépistage et la prise en charge des patients dysphagiques.

- **Avez-vous reçu une formation concernant les troubles de déglutition durant vos études ?**



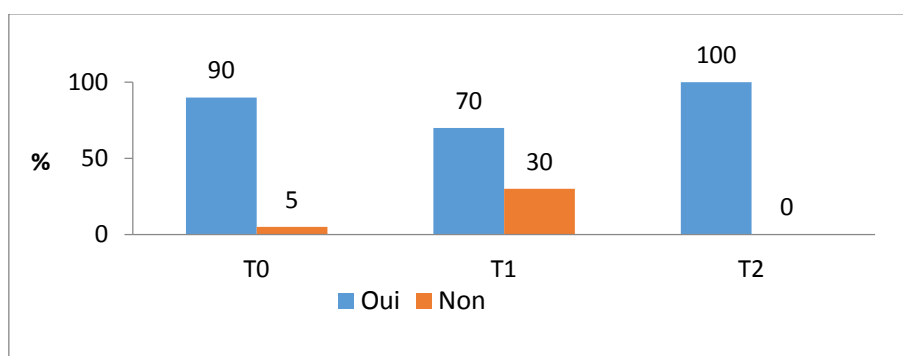
50% des répondants en T0 et 70% des soignants en T1 n'avaient reçu, selon eux, aucune de formation concernant les troubles de déglutition durant leurs études.

100% des soignants répondent ne pas avoir suivi de formation à ce sujet après leurs études. Aucune formation autour de la déglutition n'a donc été proposée dans les différents services.

Modalités de dépistage

Aucun soignant ne mentionne l'existence d'une procédure « troubles de déglutition » dans l'établissement. Nous souhaitons nous assurer qu'aucune procédure n'était en place dans la structure, afin de souligner la nécessité d'en établir une.

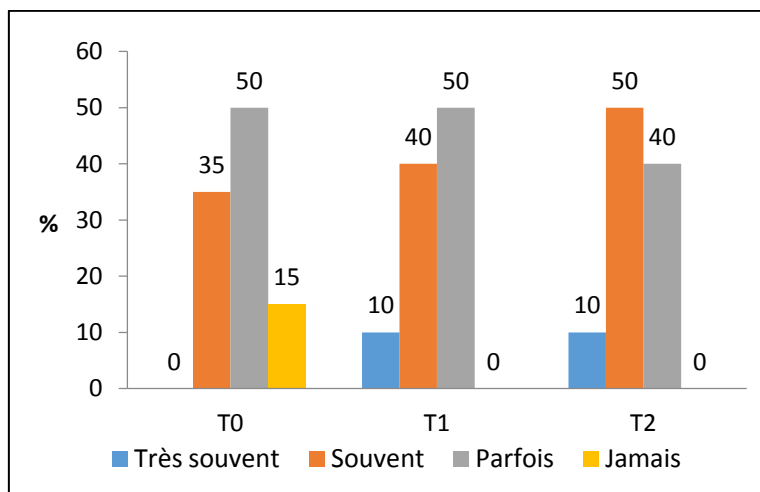
- **Connaissez-vous le processus physiologique de déglutition ?**



En T0, 95% des soignants estiment connaître le processus normal de déglutition, contre 70% en T1. En T2, 100% des soignants estiment le connaître, ce qui semble souligner un bénéfice lié à la session d'informations. Quatre participants nous ont mentionné en commentaires

avoir obtenu des connaissances supplémentaires sans pour autant maîtriser totalement la notion. Nous pouvons rediscuter cette question car la modalité binaire empêche tout commentaire et ne nous indique pas les éventuelles fausses croyances. Nous regrettons ne pas avoir proposé de préciser la réponse, notamment sur une remise en cause des connaissances après la séance d'information.

▪ **A quelle fréquence rencontrez-vous des patients dysphagiques ?**



En T0, 15% des soignants disent ne jamais rencontrer de patients dysphagiques. Ceci pourrait, semble-t-il, s'expliquer pour deux raisons :

- une méconnaissance concernant les facteurs de risque et les signes cliniques de troubles de déglutition.
- une réelle absence de patients avec ce type de troubles, ce qui semblerait surprenant au vu du nombre de patients à risque présents dans l'établissement.

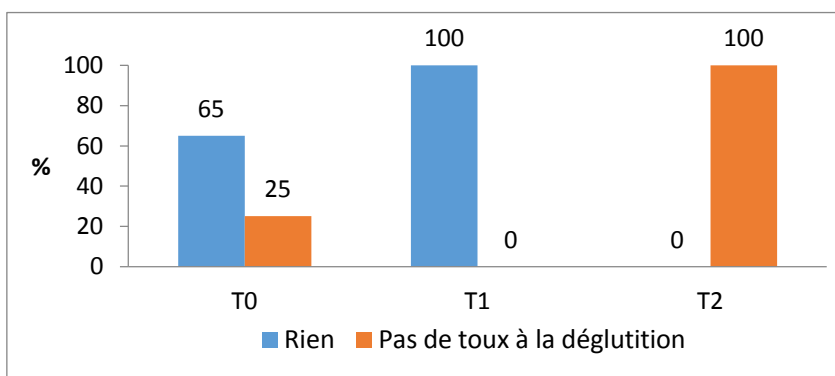
En T1 et T2, aucun soignant n'a coché « jamais », signant une prise de conscience de la fréquence des troubles. Les participants étaient volontaires pour participer à cette séance d'information ; nous pouvons donc penser qu'ils se sentent un minimum concernés par la problématique, expliquant ainsi ces scores.

▪ **Quels sont les publics à risque de troubles de déglutition ?**

	T0		T1		T2	
	n=20	%	n=10	%	n=10	%
Personnes âgées	20	100	10	100	10	100
Troubles neurovasculaires	15	75	10	100	10	100
Troubles neurodégénératifs	16	80	8	80	10	100
Carcinologie ORL	18	90	9	90	10	100
Pathologie musculaire	12	60	7	70	8	80
Séjour en réanimation	10	50	10	100	10	100
Intervention chirurgicale de la tête et du cou	11	55	9	90	9	90

Dans tous les questionnaires, 100% des soignants repèrent les personnes âgées en tant que public à risque de dysphagie. En T0, remarquons que les patients séjournant ou ayant séjourné en réanimation ainsi que ceux ayant reçu une intervention de la tête et du cou sont moins facilement repérés comme à risque (respectivement 50% et 55% des soignants en T0). Après la session d’information, une nette augmentation de la connaissance des patients à risque est observée, notamment en ce qui concerne les troubles neurodégénératifs et la carcinologie ORL.

▪ **Que savez-vous des fausses-routes silencieuses ?**



En T0, seulement 25 % des soignants parvenaient à définir les fausses-routes silencieuses. Avant la session d’information, aucun soignant ne connaissait ce terme alors qu’ils parvenaient tous à le définir en T2. Nous mettons ici en évidence une notion clé acquise durant la session d’information.

- Dans votre pratique, à quels symptômes vous fiez-vous pour repérer les troubles de déglutition ?

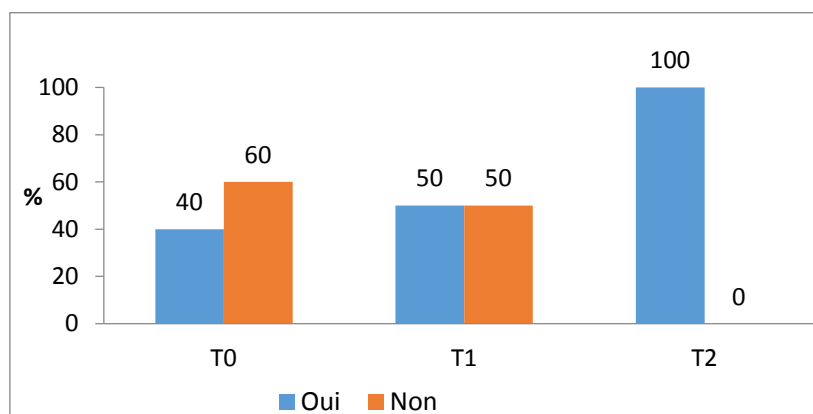
	T0		T1		T2	
	n=20	%	n=10	%	n=10	%
Pendant repas						
fausse-route	20	100	10	100	10	100
reflux nasal	1	5	4	40	9	90
modification de la voix	9	45	6	60	10	100
désaturation en oxygène	10	50	5	50	8	80
Après repas						
toux chronique/ nocturne	4	20	7	70	10	100
stases alimentaires	2	60	7	70	10	100
Hors repas						
bavage	10	50	6	60	10	100
haleine fétide	2	10	2	20	7	70
difficulté de prise de médicaments	17	85	10	100	10	100
engorgement bronchique	14	70	8	80	10	100
pneumopathies répétées	11	55	9	90	10	100
perte de poids inexplicquée	3	15	10	100	10	100
allongement du temps des repas	9	45	7	70	10	100
troubles salivaires	8	40	7	70	10	100
changements des habitudes alimentaires	3	15	7	70	9	90
refus de s'alimenter en groupe	1	5	5	50	6	60

Nous observons une nette tendance à l'amélioration des connaissances des soignants en post- séance d'information, que ce soit pour les signes cliniques pendant, après et en dehors des repas.

Notre item concernant la désaturation en oxygène nous a posé question. Après la séance d'information, 80% des soignants l'ont coché en tant que symptôme de repérage des troubles de déglutition. Toutefois, la définition même de « désaturation » n'est pas consensuelle (Britton et al, 2017). De plus, la majorité des auteurs échouent à mettre en évidence une corrélation entre désaturation en oxygène et inhalation. Les recherches actuelles ne préconisent pas l'utilisation de l'oxymétrie dans le dépistage des fausses-routes

du fait de nombreux biais de mesures (Britton et al., 2017). Nous n'avons peut-être pas suffisamment détaillé ce point durant notre intervention.

▪ **Connaissez-vous les effets secondaires de la radiothérapie sur la déglutition ?**

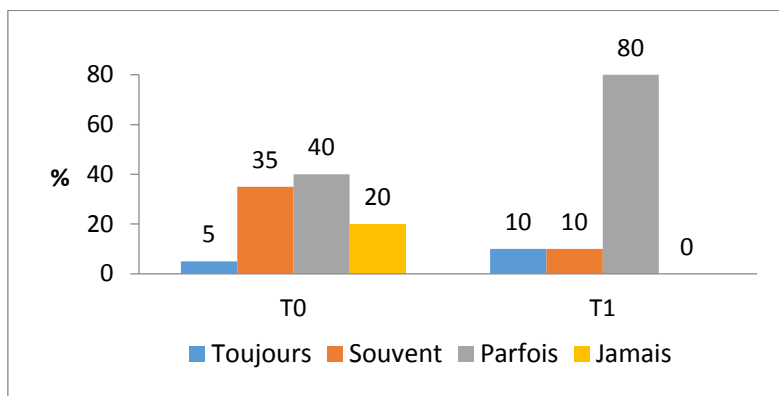


Si oui, lesquels ?

	T0		T1		T2	
	n=8	%	n=5	%	n=10	%
altération du goût	2	25	0	0	2	20
altérations salivaires	2	25	2	40	3	30
douleurs	2	25	2	40	3	30
altérations de la mastication	1	12,5	0	0	2	20
lésions musculaires	1	12,5	0	0	1	10
œdème	1	12,5	0	0	0	0
rétrécissement de l'œsophage	1	12,5	0	0	0	0
risque de fistule	1	12,5	0	0	0	0
troubles de la sensibilité	1	12,5	0	0	4	40
lésions tissulaires	0	0	2	40	1	10
altérations dentaires	0	0	0	0	1	10

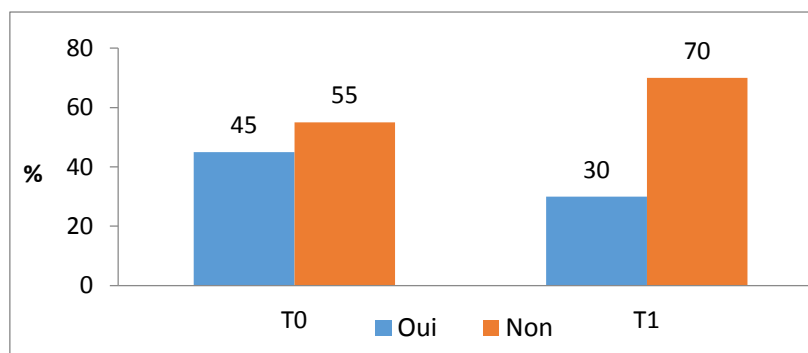
60% des soignants en T0 et 50% en T1 ignoraient les effets secondaires de la radiothérapie. Précisons que tous les aides-soignants et infirmiers de l'établissement ne rencontrent pas de patients avec ce type de traitement. Toutefois, nous avons tenu à évoquer cette thématique au regard de son importance dans la qualité de vie des patients. Parmi les effets secondaires évoqués aux questionnaires préalables, nous retrouvons majoritairement les altérations salivaires et les douleurs. Notons qu'en T0, ont été également cités par des professionnels travaillant en carcinologie ORL, l'œdème, le rétrécissement de l'œsophage et le risque de fistule. Après la session d'information, tous les soignants mentionnent au moins un effet secondaire.

- **A quelle fréquence questionnez-vous le patient sur d'éventuelles difficultés à la déglutition ?**



En T0, nous remarquons qu'un soignant (soit 20% de l'effectif) n'interroge jamais le patient sur ses difficultés de déglutition. En T1, 80% des soignants répondent « parfois » : ce n'est donc pas une pratique systématisée dans l'établissement. Une soignante, la diététicienne, signale questionner le patient de manière systématique sur ce sujet, ce qui semble lié à son exercice professionnel. Les définitions des fréquences n'ont ici pas été clarifiées au préalable, établissant ainsi un biais de réponse.

- **Le patient (ou son entourage) vous questionne-t-il au sujet de l'alimentation ou de la déglutition ?**

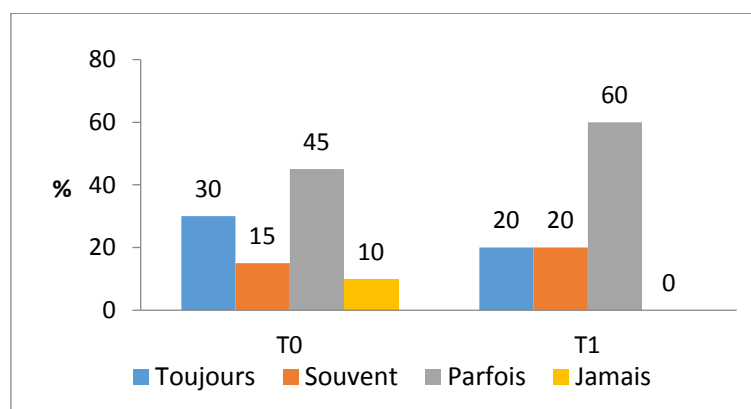


45% des soignants en T0 mentionnent que le patient ou son entourage les questionnent à ce sujet. Seulement 30% des soignants de T1 sont du même avis. Les questions récurrentes portent principalement sur la quantité d'aliments ingérés et parfois sur la présence de fausses-routes.

Cela nous indique que les troubles de la déglutition ne sont pas une plainte très fréquente des patients, souvent hospitalisés pour un autre motif.

Suivi des patients

- **A quelle fréquence notifiez-vous, dans les transmissions, vos observations concernant la déglutition du patient ?**



Si vous n'avez pas coché « Toujours», précisez la raison :

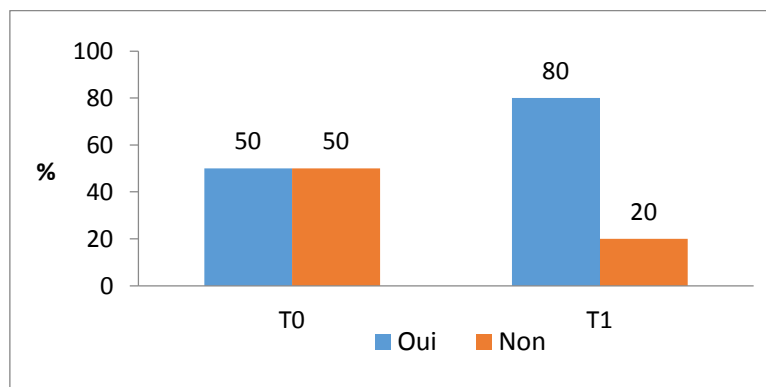
	T0		T1	
	n=14	%	n=8	%
Notifie uniquement si le patient est à risque	1	7,1	2	25
Notifie seulement si les déglutitions de solides ou de liquides posent souci	3	21,4	1	12,5
N'a jamais eu à le faire	1	7,1	0	0
Absence de réponse	9	64,3	5	62,5

Seuls 30% des soignants en T0 et 20% en T1 déclarent notifier de manière systématique leurs observations. En T0, un soignant (soit 10% de l'effectif) déclare ne jamais inscrire cela dans ses transmissions. Là encore, nous n'avons pas explicité les fréquences données, ce qui peut constituer un biais de réponse.

Les soignants avaient la possibilité de mentionner la raison principale qui les amenait à ne pas notifier leurs observations de manière systématique. Toutefois, très peu ont répondu : en T0, parmi les 14 soignants (70% de l'effectif) qui n'ont pas coché « toujours » à cette question, seuls 5 (35%) ont évoqué une raison. En T1, seuls un peu plus d'un tiers (37,8%) des soignants concernés ont précisé les raisons de leur choix.

Nous remarquons que, pour quelques soignants, les informations concernant la déglutition du patient ne sont notifiées dans les transmissions que si le patient est à risque ou si un trouble est constaté.

▪ **Rencontrez-vous des difficultés dans la prise en charge des patients dysphagiques ?**

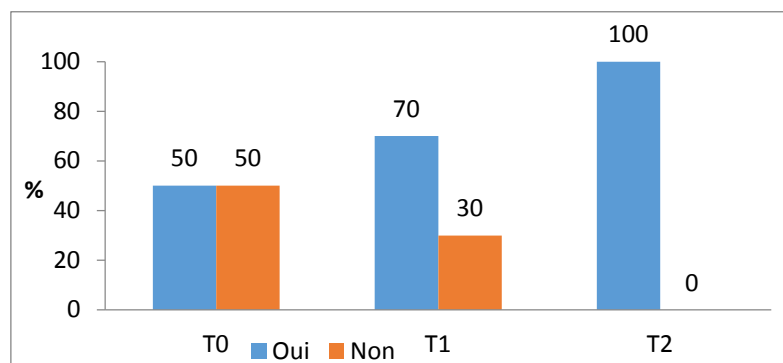


Si oui, pour quelles raisons ?

	T0 n	T1 n
Manque de connaissances	3	2
Peur du premier repas dans l'établissement	3	0
Manque de temps	1	2
Manque de personnels	2	2

En T0, 50% des soignants expriment avoir des difficultés dans la prise en charge de la dysphagie. En T1, nous notons que 80% des soignants déclarent rencontrer des patients dysphagiques. Cela nous indique qu'étaient présents des soignants intéressés et confrontés à la problématique. Les principales difficultés des soignants résident dans le manque de connaissances, de temps disponible et de personnels.

- **Connaissez-vous les retentissements possibles des troubles de la déglutition sur la qualité de vie du patient ?**



Si oui, lesquels ?

	T0		T1		T2	
	n=10	%	n=7	%	n=10	%
Perte de poids/dénutrition	7	70	5	71,4	7	70
Infections pulmonaires	2	10	3	42,9	2	20
Dépression	1	10	1	14,3	3	30
Diminution des plaisirs alimentaires	1	10	0	0	3	30
Diminution de la force musculaire	1	10	0	0	0	0
Irritation de la gorge	1	10	0	0	0	0
Isolement social	1	10	2	28,6	9	90
Diminution de l'estime de soi	1	10	2	28,6	2	20
Escarres	0	0	1	14,3	0	0

50% des soignants n'ayant pas assisté à la séance d'information estiment connaître les retentissements des troubles de déglutition sur la qualité de vie et peuvent en citer quelques uns. Avant la séance d'information, ils sont 70% dans ce cas de figure, puis 100% après avoir été informés. En T2, nous remarquons également que les participants appréhendent davantage les répercussions possibles de ces troubles.

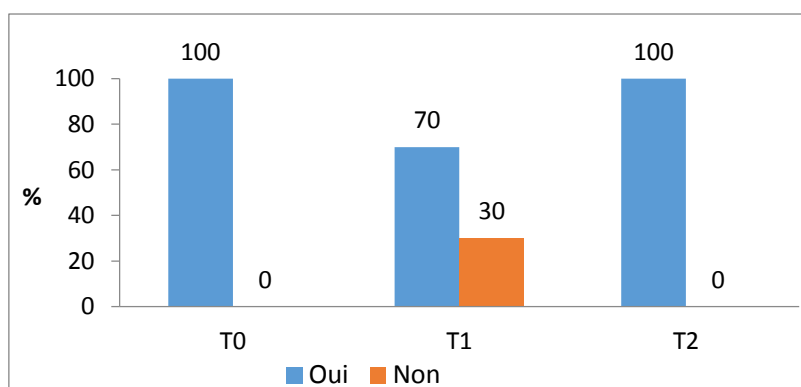
- **Selon vous, quel(s) professionnel(s) serai(en)t impliqué(s) dans la prise en charge des troubles de déglutition ?**

	T0		T1		T2	
	n=20	%	n=10	%	n=10	%
IDE	20	100	9	90	10	100
AS	20	100	8	80	10	100
Orthophoniste	20	100	9	90	10	100
Diététicien	19	95	9	90	10	100
Médecin	18	90	10	100	10	100
Ergothérapeute	8	40	7	70	9	90
Kinésithérapeute	4	20	3	30	5	50
Assistante sociale	4	20	1	1	4	40
Psychologue	3	15	3	30	7	70

Les aides-soignants et les infirmiers se savent impliqués dans la prise en charge des patients dysphagiques. L'orthophoniste, le diététicien, le médecin et l'ergothérapeute sont également cités à de très nombreuses reprises. Le médecin prescripteur est cité comme un acteur central dans la prise en charge. Le kinésithérapeute, le psychologue et l'assistante sociale ne sont pas mentionnés par une forte proportion de soignants, en T0 et T1 ; ils le sont davantage en T2.

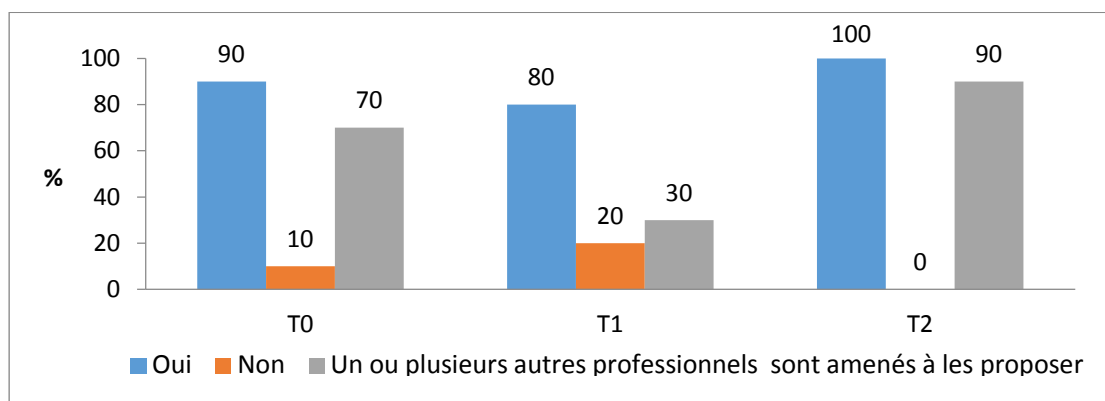
Adaptations proposées

- **Connaissez-vous les postures de sécurité concernant la déglutition ?**



En T0, 100% des soignants estiment connaître les postures de sécurité. En comparant T1 et T2, nous notons une tendance à l'amélioration des connaissances, passant de 70% à 100% des soignants. Toutefois nous n'avons pas interrogé les soignants sur les détails de ces postures, ce qui aurait pu sembler intéressant, notamment en T0.

- Si le patient semble évoquer des symptômes de dysphagie, lui proposez-vous des conseils ou adaptations pour son alimentation ?



Si oui, que proposez-vous ?

	T0		T1		T2	
	n=18	%	n=8	%	n=10	%
Postures de sécurité	17	94,4	8	100	10	100
Modification de la texture des solides	16	88,9	8	100	10	100
Hydratation à l'eau épaissie	14	77,8	8	100	10	100
Adaptation des ustensiles	7	38,9	5	62,5	9	90
Adapter l'environnement	6	33,3	3	37,5	9	90
Boire en mangeant	0	0	1	12,5	1	10

Si un autre professionnel est amené à les proposer, précisez

	T0		T1		T2	
	n=14	%	n=3	%	n=9	%
Orthophoniste	12	85,7	3	100	7	77,8
Diététicien/nutritionniste	8	57,1	1	33,3	6	66,7
Médecin	4	28,6	0	0	4	44,4
AS	1	7,1	0	0	2	22,2
Ergothérapeute	0	0	1	33,3	2	22,2
IDE	0	0	0	0	1	11,1

90% des soignants en T0 et 80% en T1 estiment proposer des conseils et/ou adaptations face à un patient supposé dysphagique. Après la séance d'information, ce pourcentage s'élève à 100%. Les soignants ayant répondu « oui » à cette question n'ont pas tous évoqué les adaptations proposées. Nous retrouvons tout de même majoritairement des adaptations au travers des postures de sécurité, la modification de la texture des solides et l'hydratation à l'eau épaissie.

Les réponses portant sur les modifications de textures nous ont interrogés, sachant qu'il n'y a pas d'orthophoniste en tant que tel dans l'établissement. Nous pouvons supposer que les médecins et les soignants, dont peut-être la diététicienne, effectuent ces adaptations par eux-mêmes.

Nous avons été surpris de constater qu'en T2, un participant (soit 10 % de l'effectif) répond proposer de « boire en mangeant » à un patient évoquant des symptômes de dysphagie. Nous n'avons certainement pas suffisamment explicité les conseils et adaptations à proposer pour prévenir les complications de ces troubles.

Seulement 30 % des soignants de T1 répondent qu'un ou plusieurs autres professionnels peuvent prendre en charge le patient dysphagique. Parmi ces autres soignants, notons que l'orthophoniste est fréquemment cité (85,7% des citations en T0, 100% en T1), tout comme le diététicien. Parmi les propositions, le terme « autre professionnel » est ambigu car exclut de fait la propre profession du soignant.

Demande d'informations

	Thématiques souhaitées				Connaissances mises à jour ou renforcées	
	T0		T1		T2	
	n=20	%	n=10	%	n=10	%
Adaptations à mettre en place	12	60	5	50	8	80
Conseils fondamentaux à donner aux patients dysphagiques	13	65	9	90	9	90
Conséquences des troubles	13	65	6	60	5	50
Déglutition physiologique	12	60	5	50	6	60
Dysfonctionnements lors des troubles	19	95	5	50	10	100
Origines des troubles	10	50	6	60	6	60
Prise en charge pluridisciplinaire	11	55	7	70	5	50
Repérage des troubles	13	65	7	70	10	100
Rôle de l'orthophoniste	15	75	6	60	6	60

Nous avons pu constater qu'étaient davantage plébiscités le détail des dysfonctionnements physiologiques lors de troubles de déglutition, ainsi que les conseils fondamentaux à donner à un patient dysphagique. Après la séance d'information, nous remarquons que notre intervention a globalement permis de renforcer les axes souhaités au préalable.

Bénéfice de l'information reçue

Ces questions n'ont été posées qu'en T2.

- **Vous sentez-vous à même de repérer les patients dysphagiques ?**

	n=10	%
Totalement	3	30
Partiellement	7	70
Pas du tout	0	0

- **Vous sentez-vous désormais plus apte à répondre aux questions des patients et de leur entourage concernant les troubles de déglutition ?**

	n= 10	%
Totalement	4	40
Partiellement	6	60
Pas du tout	0	0

Les réponses, forcément subjectives, mettent en évidence qu'aucun soignant ne se sent démuni dans le repérage des patients dysphagiques. Tous les soignants se sentent davantage formés.

- **Pensez-vous que cette séance d'information fasse évoluer votre pratique ?**

Cette question était présente dans le questionnaire T2 ainsi que dans le questionnaire de satisfaction car nous souhaitons obtenir le maximum d'informations sur les raisons possibles de ces évolutions. 100% des soignants ont déclaré que cette information permettra de faire évoluer leur pratique grâce à des connaissances supplémentaires sur les troubles (à 40%) ainsi que sur les professionnels qualifiés dans le domaine (30%), une prévention des complications renforcée (30%) ainsi qu'une meilleure capacité à informer les patients (30%).

4.4.2. Analyse des questionnaires de satisfaction

Les résultats de nos questionnaires soulignent une satisfaction générale de la part des participants, tant dans la forme que dans le fond (tableau 4). 90% des participants ont été très satisfaits par la mise en pratique. Les soignants ont évoqué que de se mettre en

situation d'aidé et d'aidant leur avaient permis de prendre conscience puis d'appliquer certaines adaptations immédiatement.

	Satisfait n (%)	Très satisfait n (%)
Séance d'information dans sa globalité	4 (40)	6 (60)
Clarté des informations	3 (30)	7 (70)
Adéquations des informations fournies aux attentes et besoins	2 (20)	8 (80)
Mise en pratique	1 (10)	9 (90)
Support de présentation	3 (30)	7 (70)

Tableau 4. Résultats des questionnaires de satisfaction après la séance d'information

Nous nous réjouissons de l'accueil que nous avons reçu de la part des participants et des retours objectivés ici. La présence des professionnels ainsi que de la diététicienne a permis un véritable lieu d'échanges sur les pratiques. Nous avons obtenu deux remarques concernant d'éventuelles améliorations possibles : un participant aurait souhaité davantage d'indications concernant le contenu de la prise en charge orthophonique ; un autre nous a signalé un manque de précisions au sujet de l'implication du reflux gastro-œsophagien dans les troubles de déglutition. Si le support d'information est amené à être transmis de nouveau, ce qui est probable, nous veillerons à préciser ces deux points.

4.4.3. Résultats du dépistage systématique des troubles de déglutition

Pour rappel, nous souhaitons évaluer la pertinence d'effectuer, en établissement hospitalier, un dépistage systématique des troubles de déglutition au moyen d'un auto-questionnaire validé.

Au cours de notre enquête, nous avons pu rencontrer 84 patients sur trois étages de la clinique de l'Europe. Au regard du nombre de questionnaires remplis et des multiples remarques déjà observables lors de ses passations, nous avons choisi de ne pas visiter le deuxième étage, accueillant des patients dans le cadre de chirurgie orthopédique.

❖ Analyse quantitative

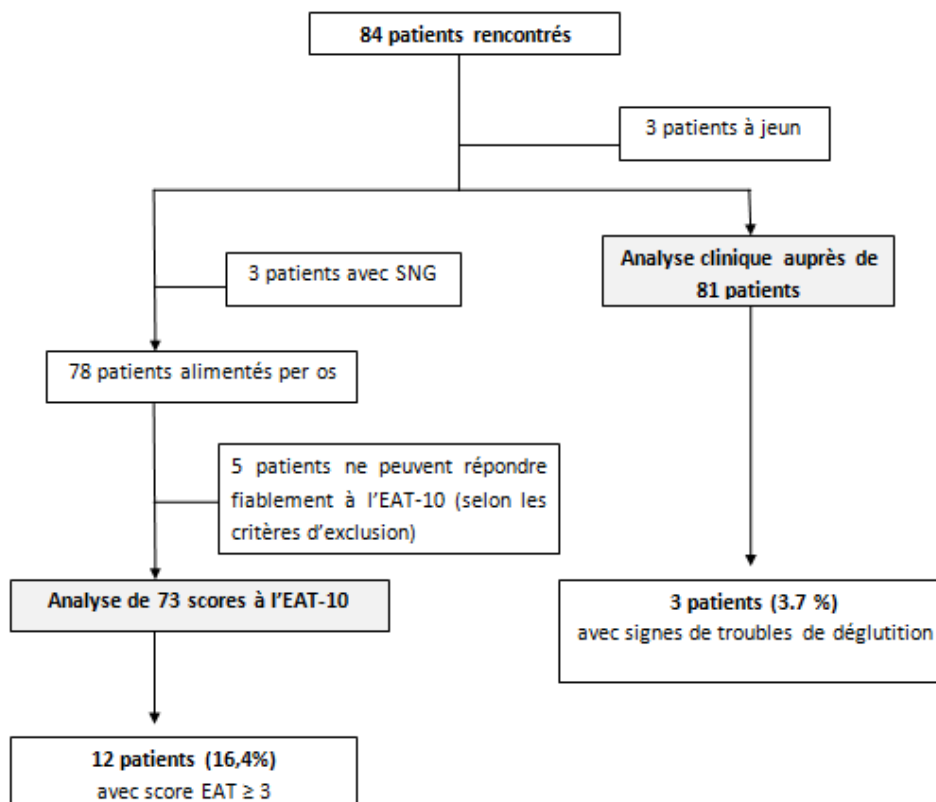


Figure 3. Population d'étude lors de l'enquête dans la clinique

	Scores à l'EAT-10			n analysés	n rencontrés
	moyenne	≥ 3			
		n	%		
1er étage	2,8	5	45,5	11	16
3ème étage	1,0	7	21,9	32	35
4ème étage	0,6	0	0,0	18	22
Total	1,3	12	16,4	73	84

Tableau 5. Répartition des scores des patients à l'EAT-10

Après avoir pris en compte les critères d'exclusion (cf. 4.2.1), nos résultats quantitatifs se fondent sur une cohorte de 73 patients. Parmi ces derniers, 12 (16,4 %) auraient un score pathologique (score ≥ 3) au test de dépistage. Nous observons qu'un patient sur deux (45,5%) du service de soins continus a un score pathologique. Les patients accueillis dans ce secteur ont une moyenne de scores nettement supérieure à celles de ceux admis en

chirurgie ou en médecine polyvalente. Nous pensons que la situation d'hospitalisation dans cette unité peut davantage menacer la survie du patient, ce qui pourrait majorer leurs troubles et influencer les ressentis face aux difficultés. Aucun score pathologique n'a été retrouvé au quatrième étage.

Nous ne pouvons affirmer que ce pourcentage (16,4 %) soit représentatif de la prévalence des troubles de déglutition dans l'établissement. En effet, nous ne sommes pas en mesure d'affirmer que les patients avec un score supérieur à 3 présentent des troubles de déglutition car aucun bilan clinique fonctionnel n'a été, à notre connaissance, effectué par la suite.

❖ Analyse clinique

En nous présentant auprès des équipes, nous avons pu constater que certains soignants méconnaissaient les champs de compétences de l'orthophoniste. Ceci nous conforte dans l'idée que l'information des soignants reste essentielle afin d'améliorer la prise en charge de ces troubles.

De manière clinique, nous avons pu observer **3 patients**, soit 3,7 % des patients concernés, avec des signes cliniques de troubles de déglutition. Nous n'avons pas eu accès à leur dossier médical. Nous détaillons brièvement ces trois cas.

- Une patiente âgée était hospitalisée depuis trois jours à la suite d'une chute. Ses proches sont présents avec elle dans la chambre. Ils nous expliquent que cette dame tousse fréquemment et peut faire quelques fausses-routes durant les repas. Elle mange très peu et n'a pas de plainte spontanée concernant la déglutition. Nous avons observé une fausse-route à l'eau suivie d'une toux. Le score EAT-10 de cette patiente est de 2 points avec un point à l'item 8 et un point à l'item 9.
- Un patient âgé était hospitalisé pour une infection. Il présentait des troubles de compréhension majeurs. Cet homme a bu spontanément un verre d'eau en position semi-assise dans son lit. Pendant plusieurs secondes, il présentait une voix mouillée. Aucun signe de toux n'a été constaté. Nous avons relevé son lit pour qu'il finisse son verre en position plus confortable et surtout plus en sécurité. Nous n'avons noté aucun changement : sa voix était encore mouillée, sans aucun signe de toux. Il ne se

plaignait pas de sa déglutition. L'EAT-10 n'a pas pu être effectué avec lui compte tenu de ses troubles.

- Le troisième patient avait eu un AVC deux mois plus tôt et présentait depuis une aphasie massive. Il était accompagné de son épouse. Aucune production verbale ou écrite n'était possible. Le « oui » et le « non » de la tête étaient relativement fiables. L'épouse nous mentionne de fortes toux durant les repas, surtout avec les aliments dispersibles, ainsi que des stases buccales après les repas. Il est également très lent à table. Aucun bilan orthophonique n'aurait été entrepris. Ce patient était suivi par la diététicienne de l'établissement. L'EAT-10 ne lui a pas été proposé.

Le chiffre retrouvé (3,7 %) se rapproche davantage des statistiques relevées dans la littérature. Nous avons pu conseiller oralement ces patients, leur éventuel entourage ainsi que les équipes soignantes sur les adaptations à mettre en place afin de limiter les complications. Toutefois, nous pensons que, sans trace écrite, les conseils et la vigilance à avoir auprès de ces patients n'ont pas été pérennisés.

4.5. Elaboration d'une procédure dans l'établissement

Comme la prise en charge des troubles de déglutition doit s'intégrer dans un projet d'établissement, nous avons élaboré, en collaboration avec Delphine Proust, responsable qualité de la clinique, une procédure de dépistage et de prise en charge des patients dysphagiques.

Ce document (Annexe F) n'inclut pas de test de dépistage ni de diagnostic de troubles de la déglutition. Nous préconisons plutôt une formation généralisée des soignants de l'établissement afin de favoriser l'orientation précoce des patients.

Cette procédure a été évoquée au CLAN de la clinique en avril 2018. La prise en charge des patients dysphagiques a ainsi été une thématique abordée en présence des différents membres de la commission. Nous espérons que les supports proposés (affiches, dépliants) seront diffusés sous peu dans les différents services de la clinique.

4.6.Prévention des complications

Inscrite dans le champ de compétences des orthophonistes³, la prévention est un aspect prioritaire de l'exercice professionnel, au même titre que l'évaluation et la prise en charge, comme le souligne l'article 126 de la Loi n°2016-41 du 26 janvier 2016 concernant la modernisation du système de santé français. En ce sens, il est justifié de proposer, dans le cadre de ce travail, une prévention des complications liées aux troubles de déglutition.

Nous avons réalisé des fiches à destination des professionnels afin de prévenir ces éventuelles complications (Annexe G). Précisons que, durant la séance d'information, les soignants nous ont informés ne disposer d'aucun verre à encoche nasale, ni d'aucun matériel de table adapté. Nous espérons que le CLAN pourra, à plus ou moins long terme, permettre l'achat de matériel spécifique.

Avec autorisation de leurs auteurs, nous diffusons également une plaquette élaborée par l'Union Régionale des Professionnels de Santé (URPS) des orthophonistes de Champagne Ardennes et la Fédération Nationale des Orthophonistes (FNO). Celle-ci est disponible en Annexe H.

³ d'après l'Annexe 2 du décret n° 2013-798 du 30 août 2013 relatif au régime des études en vue du certificat de capacité d'orthophoniste

5. DISCUSSION ET CONCLUSION

Dans le but d'améliorer la qualité des soins à la clinique de l'Europe, nous avons dressé un état des lieux des pratiques professionnelles au sujet de la prise en charge des patients dysphagiques hospitalisés. De plus, nous avons appréhendé la faisabilité d'une diffusion systématique de l'EAT-10 dans la clinique.

Rappel des hypothèses :

- ① Les équipes soignantes en structure hospitalière manquent d'informations concernant la prise en charge des troubles de déglutition.
- ② Les connaissances des soignants concernant la prise en charge de la dysphagie peuvent être améliorées par une session d'information spécifique.
- ③ Une EPP peut participer à la mise en place de formations continues portant sur les troubles de déglutition dans un établissement de santé.
- ④ En centre hospitalier, un dépistage systématique des troubles de déglutition à l'aide de l'Eating Assessment Tool-10 items (EAT-10) est pertinent

Intérêts et limites

Notre EPP a mis en évidence l'expression d'un besoin de formation du personnel soignant au travers des réponses données aux questionnaires préalables (hypothèse ① vérifiée). La séance d'information proposée, répondant visiblement aux attentes des participants, a ainsi permis une mise en pratique immédiate.

Nous avons pu constater qu'après la séance d'information, les soignants connaissent davantage les publics à risques de troubles de déglutition, les signes cliniques et les répercussions et les adaptations possibles pour garantir la sécurité du patient. Les connaissances des soignants concernant la prise en charge de la dysphagie peuvent être approfondies par une session d'information spécifique. Une tendance à l'amélioration de celles-ci a été objectivée à court terme (hypothèse ② partiellement vérifiée). Une des principales difficultés que mentionnaient les soignants concernant la prise en charge des troubles de déglutition était le manque de connaissances. Nous espérons donc que cette action aura permis un bénéfice dans leur exercice.

Cependant, ces conclusions sont à relativiser au vu du nombre réduit d'AS et d'IDE ayant répondu à nos questionnaires. Nos analyses ne se fondent que sur un effectif restreint des professionnels de l'établissement. En outre, nous n'avons aucun résultat concernant les soignants du service de médecine polyvalente, où séjournent majoritairement des personnes âgées. Nous pourrions attribuer cela à un manque de présentation didactique de l'intérêt du projet dans ce service.

Nous avons intentionnellement restreint le public aux AS et IDE afin d'homogénéiser la population de notre session d'information. La présence de la diététicienne le jour de la session d'information a été bénéfique car elle a permis des échanges interprofessionnels de qualité, et nous a enrichis de son expertise sur la prise en charge de la dénutrition. Il est vrai que tous les professionnels participent au processus de soin. Bleecx et ses co-auteurs (2003) mentionnaient le rôle fondamental de la prise en charge interprofessionnelle. Il conviendrait dès lors de ne pas limiter ces actions d'information au public IDE et AS, mais, bien au contraire, de les diffuser plus largement aux autres acteurs impliqués sans oublier les professionnels de restauration. Nous regrettons également de ne pas avoir collaboré davantage avec les autres soignants investis dans la prise en charge des troubles de déglutition, notamment les ORL et les kinésithérapeutes. L'organisation d'une séance d'information sur la prise en charge de la dysphagie était une première dans l'établissement, il s'agira donc par la suite de la généraliser à tous les professionnels impliqués.

De plus, en l'absence d'une évaluation des connaissances plusieurs semaines/mois après la séance d'information, nous n'avons pas les moyens de vérifier leur persistance ainsi qu'un éventuel changement de pratiques à long terme. Le choix de ne pas distribuer de questionnaires à plus long terme a été envisagé car ce mode d'évaluation nous a été déconseillé et reste très peu utilisé pour les EPP de la clinique. Notre méthodologie initiale comportait une analyse des transmissions du personnel soignant, avant et après la séance d'information, afin de recenser les mentions de dysphagie, les signes d'alerte détectés et les mesures entreprises. Nous avons abandonné cette idée considérant qu'elle ne nous apporterait que très peu d'informations au regard du temps consacré.

Nous pensons également que les résultats du questionnaire de satisfaction sont à nuancer du fait du biais de désirabilité sociale. Les questionnaires, quoique anonymes, ont été

remplis en notre présence. Les participants ont, dès lors, pu moduler leurs réponses en vue de nous satisfaire.

Selon Ruglio (2017) « *il est utile de former les équipes pluri-professionnelles à effectuer des transmissions adaptées, en traçant les signes observés et non en posant un diagnostic hâtif de présence ou d'absence de dysphagie basé sur la seule présence ou absence de toux* ». D'après ce que nous avons pu constater, il semble nécessaire de proposer des formations continues fréquentes aux professionnels de santé ainsi qu'aux équipes de restauration en vue d'améliorer la qualité de soins apportés aux patients. Nous pourrions imaginer à plus long terme que des sessions annuelles puissent être développées à la clinique, par exemple sous la forme de développement professionnel continu (DPC), comme recommandé par la HAS⁴. Ces formations seraient l'occasion d'améliorer les pratiques et de constituer des lieux d'échanges interprofessionnels. Ces actions permettraient une mise à jour des connaissances théoriques et pratiques, la gestion du turn-over fréquent des soignants et quelques réajustements dans les adaptations proposées dans l'établissement.

Cette étude a mis en évidence que l'EAT-10 n'était pas pertinent en structure hospitalière, du fait des nombreux biais qu'il comporte. L'utilisation d'un tel test pour dépister les troubles de déglutition à la clinique de l'Europe, comme dans tous les établissements de santé, ne semble donc pas préconisée (hypothèse ④ réfutée). Cet outil avait été choisi dans le but d'appréhender la modalité de l'auto-questionnaire, modalité dont les avantages ont été soulevés par Cordier et co-auteurs (2017). Nous ne pouvons inférer que les scores obtenus sont généralisables à tout l'établissement car nous n'avons pas rencontré de patients hospitalisés en chirurgie orthopédique.

Nous avons écarté de nos analyses quantitatives les patients présentant des altérations cognitives, sans pouvoir nous appuyer sur aucun test objectif de leurs aptitudes à répondre à un tel auto-questionnaire, et sans savoir si notre choix d'exclusion a été suffisamment précis. Au service de médecine polyvalente (4^{ème} étage), les soignants nous

⁴ Disponible sur https://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_2808961/fr/developpement-professionnel-continu-dpc (consulté le 15/03/2018)

ayant informés d'une forte proportion de patients avec troubles cognitifs, nos scores faibles dans ce service peuvent donc être en grande partie imputables à la fiabilité relative des réponses données par ces patients. Nous savons pourtant que les troubles cognitifs sévères limitent les capacités du patient à s'alimenter de manière correcte (Bleeckx et Otto, 2003). Ce constat témoigne d'autant plus de la nécessité d'effectuer, auprès de ce public, des bilans de déglutition réguliers dans le but de prendre en charge le plus précocement possible les troubles de déglutition.

Il aurait pu être pertinent de proposer un bilan orthophonique aux patients dépistés comme « positifs » au questionnaire EAT-10 et pour lesquels une suspicion clinique a été évoquée. Néanmoins, ceci n'a pu s'effectuer dans l'établissement en raison d'un manque de disponibilité de la part de l'orthophoniste. Nous ne savons pas si, en dehors de notre travail, l'orthophoniste a pu intervenir auprès de ces patients.

Nous avons envisagé le fait d'effectuer nous-mêmes un bilan écosystémique de déglutition pour ces patients. Cependant, il nous a été impossible d'effectuer cela sous supervision d'un professionnel qualifié. Du point de vue administratif, ceci nous empêchait donc d'effectuer des essais alimentaires au sein de la clinique.

Nous avons pu conclure que la généralisation de l'EAT-10 comme dépistage de troubles de déglutition était impossible du fait des nombreux critères d'exclusion. Malgré tout, après avoir effectué un bilan fonctionnel mentionnant un dysfonctionnement du processus de déglutition, il peut sembler pertinent de faire remplir un auto-questionnaire validé aux patients en capacité d'y répondre. Ceci pourrait mettre en lumière des données cliniques objectives sur ses plaintes, comme le soulignaient Paillusseau et ses co-auteurs (2001). Wilkins et co-auteurs (2007) soulevaient dans leur étude que peu nombreux sont les patients à évoquer leurs plaintes de dysphagie à leur médecin. La modalité de l'auto-questionnaire est adaptée dans ce cadre là. De plus en plus investi par les professionnels de santé, et non seulement par les orthophonistes, le DHI (Woisard et al., 2006), permet une évaluation du ressenti du patient dysphagique face à ses symptômes. Ainsi, il semblerait intéressant de généraliser son utilisation dans les établissements hospitaliers pour compléter les bilans de déglutition.

Notre travail a amorcé une réflexion portant sur la prise en charge de la dysphagie lors de la commission du CLAN de l'établissement en avril 2018. L'affichage de

documentations élaborées, la mise en œuvre de notre procédure, ainsi que l'institutionnalisation de formations supplémentaires, semblent envisagées afin d'homogénéiser les pratiques en développant la qualité des soins portés aux patients dysphagiques (hypothèse ③ vérifiée). Notre procédure préconise de favoriser les connaissances des soignants au moyen d'actions de formation. Nous espérons que notre travail aboutira à une prise de conscience de l'importance de la problématique dans l'établissement ainsi qu'à une meilleure prise en charge de manière générale.

Les EPP visent l'amélioration continue de la qualité des soins. « *Comme la prévention des escarres, la prévention des troubles de la déglutition et de leurs conséquences est une action à la fois collective d'organisation de service et individuelle de soins auprès du patient* » (Association de Prévention Pluridisciplinaire de la Dysphagie, 2018). La prise en charge des troubles de déglutition doit s'intégrer dans un projet d'établissement (Inter CLAN gériatrique AP-HP, 2011), soutenu par le CLAN (Programme National Nutrition Santé, 2004). Comme dans toute démarche d'EPP, il s'avérera nécessaire d'effectuer « *une mesure de la qualité des démarches conduites, leur pérennité et leur impact sur l'amélioration continue des soins* » dans l'établissement (HAS et DACEP, 2005). Les mesures proposées doivent être réévaluées selon leur pertinence dans la structure (Inter CLAN gériatrique AP-HP, 2011). Nous serions intéressés par la poursuite des actions menées concernant la prise en charge de la dysphagie dans la clinique dans les mois, voire années à venir, et espérons que ce travail pourra pérenniser un projet d'établissement.

Perspectives et conclusion

Afin de connaître le contenu et les modalités des enseignements dédiés aux troubles de déglutition, nous avons contacté l'institut de formation en soins infirmiers et l'école d'aides-soignants du CHU de Rouen. Dans les deux cas, des cadres de santé et des kinésithérapeutes se partagent les interventions. Aucun ORL ni aucun orthophoniste n'intervient auprès des étudiants durant leurs études. Nous avons même été surprises de constater qu'un des responsables de formation méconnaissait les champs de compétences orthophoniques. Il nous semblerait donc intéressant d'inclure au moins ces deux professionnels au sein de la formation initiale des aides-soignantes et des infirmiers.

Du fait de sa spécificité et de ses compétences, l'orthophoniste devrait tenir une place prépondérante dans le parcours de soins des patients dysphagiques. Ce mémoire confirme la nécessité de la présence de ce professionnel à la clinique de l'Europe de Rouen. Plus largement, ce travail souligne l'importance de l'expertise orthophonique dans toutes les structures de soin accueillant des patients fragiles et potentiellement à risque de troubles de la déglutition. Des bilans orthophoniques réguliers permettraient d'améliorer leur prise en charge. Envisageant une plus large diffusion de notre projet, nous pourrions imaginer que notre travail puisse être relayé auprès d'autres établissements de santé afin de renforcer la qualité des soins apportée à tous les patients hospitalisés.

Trop peu nombreux sont encore les professionnels formés et investis dans la prise en charge de la dysphagie. Nous pensons qu'une formation à destination des médecins prescripteurs, spécialistes ou non, doit être entreprise afin de les sensibiliser à un parcours de soins coordonné entre tous les professionnels concernés et promouvoir encore davantage la place de l'orthophoniste dans cette prise en charge.

6. BIBLIOGRAPHIE

- Abela, M. et Ledoux, C. (2015). *Former les formateurs à la prévention de la dysphagie auprès des aides à domicile*. Mémoire d'orthophonie. Amiens.
- ANAES. (2002). Principes de mise en œuvre d'une démarche qualité en établissement de santé. Disponible sur https://www.hassante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/demarche_qualite_2006_10_06__10_16_43_41.pdf
- Arnould, D. (2014). *Dysphagie post-radiothérapie : élaboration d'une séquence d'information à destination des médecins oncologues-radiothérapeutes*. Mémoire d'orthophonie. Nancy.
- Association de Prévention Pluridisciplinaire de la Dysphagie. (2018). Disponible sur <https://www.la10phagie.fr>
- Belafsky, P. C., Mouadeb, D. A., Rees, C. J. et al. (2008). Validity and reliability of the Eating Assessment Tool (EAT-10). *Ann. Otol. Rhinol. Laryngol.*, 117(12), 919-924.
- Benlyazid, A. (2011). Chirurgie carcinologique des voies aérodigestives supérieures et troubles de la déglutition. Dans *Rééducation orthophonique : Déglutition et cancer* (vol. 245, p. 6-17). Paris : Fédération Nationale des Orthophonistes.
- Bleeckx, D. et Otto, S. (2003). Les troubles de la déglutition : compétences du kinésithérapeute et réflexions pour une approche pluridisciplinaire. *Kinésithérapie*, (20-21), 70-74.
- Britton, D., Roeske, A., Ennis, S. K. et al. (2017). Utility of Pulse Oximetry to Detect Aspiration: An Evidence-Based Systematic Review. *Dysphagia*, 32(1), 1-11
- Cheney, D. M., Siddiqui, M. T., Litts, J. K. et al. (2015). The ability of the 10-Item Eating Assessment Tool (EAT-10) to predict aspiration risk in persons with dysphagia. *Ann. Otol. Rhinol. Laryngol.*, 124(5), 351-354.
- Cichero, J. A. Y., Steele, C., Duivesteyn, J. et al. (2013). The need for international terminology and definitions for texture-modified foods and thickened liquids used in dysphagia management: foundations of a global initiative. *Curr Phys Med Rehabil Rep*, 1(4), 280-291.
- Clavé, P., Arreola, V., Romea, M. et al. (2008). Accuracy of the volume-viscosity swallow test for clinical screening of oropharyngeal dysphagia and aspiration. *Clin Nutr*, 27(6), 806-815.
- Collart-Dutilleul, L. et Le Maoût, G. (2010). *Information des médecins sur les compétences de l'orthophoniste en matière de prise en charge des troubles de la déglutition : réunions d'information basées sur le DVD-Rom « Les troubles d'alimentation et de déglutition » de D. et J.-P. Crunelle*. Mémoire d'orthophonie. Lille.
- Cordier, R., Joosten, A., Clavé, P. et al. (2017). Evaluating the psychometric properties of the Eating Assessment Tool (EAT-10) using rasch analysis. *Dysphagia*, 32(2), 250-260.

- De Pippo, K. L., Holas, M. A. et Reding, M. J. (1992). Validation of the 3-oz water swallow test for aspiration following stroke. *Archives of Neurology*, 49(12), 1259-1261.
- Desport, J.-C., Fayemendy, P., Jésus, P. et al. (2014). Conduite à tenir devant des troubles de la déglutition. Management of swallowing disorders. *Nutrition clinique et métabolisme*, 28, 221-224.
- Desuter, G. et Remacle, M. (2009). Chapitre XXI : Physiologie de la déglutition. Dans *Précis d'audiophonologie et de déglutition. Tome II, Les voies aéro-digestives supérieures* (vol. II, p. 95-105). Marseille : Solal
- Ekberg, D., Hamby, S., Woisard, V. et al. (2002). Social and psychological burden of dysphagia: its impact on diagnosis and treatment. *Dysphagia*, 17(2), 139-46.
- Etges, C. L., Scheeren, B., Gomes, E. et al. (2014). Screening tools for dysphagia : a systematic review. *CoDAS*, 26(5), 343-349.
- Fargues, N. et Guyon, A. (2017). *Le COLP-FR-G-2: modification et validation multicentrique de l'outil d'évaluation de la déglutition COLP-FR-G*. Mémoire d'orthophonie. Paris VI
Disponible sur : <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01357431/document>
- Guatterie, M. et Lozano, V. (1999). Test de Capacité Fonctionnelle de la Déglutition. *J. réadapt. méd.*, 3, 93-97.
- HAS et DACEP. (2005). L'évaluation des pratiques professionnelles dans le cadre de l'accréditation des établissements de santé. Disponible sur https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/guide_epp_juin_2005.pdf
- HAS. (2013). Mise en œuvre des critères de qualité. Disponible sur https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2013-10/mise_en_oeuvre_de_criteres_de_qualite.pdf
- Hinchey, J. A., Shephard, T., Furie, K. et al. (2005). Formal dysphagia screening protocols prevent pneumonia. *Stroke*, 36(9), 1972-1976.
- Inter CLAN gériatrique AP-HP. (2011). Détection et prise en charge des troubles de la déglutition chez le sujet âgé hospitalisé. Recommandations de bonne pratique.
Disponible sur
http://www.linut.fr/sites/default/files/files/Outils/InterClanGeri_Recos%20Detection%20%26%20pec%20trs%20deglut%20suj%20age%20etabl%20sante_2011_03.pdf
- Logemann, J. A., Rademaker, A. W., Pauloski, B. R. et al. (2006). Site of disease and treatment protocol as correlates of swallowing function in patients with head and neck cancer treated with chemoradiation. *Head & Neck*, 28(1), 64-73.
- Navez, M. J. (2007). Douleur des cancers ORL au stade des séquelles. Dans *Les douleurs ORL et cervico-faciales de l'adulte* (vol. 124, p. 39-44). Paris : Elsevier Masson.
- Paillusseau, L., Corthay, D., Tessier, C. et al. (2011). Echelles fonctionnelles et d'auto-évaluation de la dysphagie. Communication présentée au 67ème Congrès de la Société Française de Phoniatrie et des Pathologies de la Communication, Paris.

- Disponible sur <http://www.phoniatrie.fr/2011/01/01/echelles-fonctionnelles-et-dauto-evaluation-de-la-dysphagie/>
- Partik, B., Pokieser, P., Schima, W. et al. (2000). Videofluoroscopy of swallowing in symptomatic patients who have undergone long-term intubation. *AJR Am J Roentgenol*, 174(5), 1409-1412.
- Programme National Nutrition Santé. (2004). Le C.L.A.N. en 10 questions. Disponible sur http://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/klan_cnanes-2.pdf
- Ramsey, D., Smithard, D. et Kalra, L. (2005). Silent aspiration : what do we know? *Dysphagia*, 20(3), 218-225.
- Robert, D. (2004). Les troubles de la déglutition post-intubation et trachéotomie. *Réanimation*, 13(6), 417-430. Disponible sur <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1624069304001240>
- Rofes, L., Arreola, V., Mukherjee, R. et al. (2014). Sensitivity and specificity of the Eating Assessment Tool and the Volume-Viscosity Swallow Test for clinical evaluation of oropharyngeal dysphagia. *Neurogastroenterol. Motil.*, 26(9), 1256-1265.
- Ruglio, V. (2013). « *Troubles de la déglutition en gériatrie. Prise en charge orthophonique. Modifications de texture* ». Intervention publique lors de la 9^{ème} journée Inter-CLAN du Limousin, Limoges. Disponible sur <http://www.linut.fr/sites/default/files/files/Presentation/Ruglio-2013%2011-LINUT-Trs%20deglut%20geri%20pec%20orthophonique%20sp.pdf>
- Ruglio, V. (2017). Dysphagies neurogériatriques, oralités et presbyphagie. Dans *Rééducation orthophonique : Les oralités* (vol. 271, p. 359-383). Paris : Fédération Nationale des Orthophonistes.
- Sauvignet, A., Tessier, C., V. de Pemille, G. et al. (2011). La prise en charge orthophonique de la déglutition après laryngectomie partielle. Dans *Rééducation orthophonique : Déglutition et cancer* (vol. 245, p. 123-145). Paris : Fédération Nationale des Orthophonistes.
- Servagi-Vernat, S., Ali, D., Roubieu, C. et al. (2015). Dysphagia after radiotherapy : State of the art and prevention. *Eur Ann Otorhinolaryngol Head Neck Dis*, 132(1), 25-29. Disponible sur <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1879729614000702>
- Tannou, Y. et Cormary, X. (n.d.). Bilan écosystémique de la déglutition. Disponible sur <https://www.la10phagie.fr/app/download/5792233529/examen+ecosyst%C3%A9mique+d%C3%A9glutition.pdf>
- Vidal, W. (2011). De la naissance à la mise en œuvre de l'évaluation des pratiques professionnelles. Dans *L'évaluation des pratiques professionnelles : une qualité des soins à construire ensemble* (p. 1-17). Rueil-Malmaison : Lamarre.

- Wilkins, T., Gillies, R. A., Thomas, A. M. et al. (2007). The prevalence of dysphagia in primary care patients : a hamesnet research network study. *J Am Board Fam Med*, 20(2), 144-150.
- Woisard, V., Andrieux, M. P. et Puech, M. (2006). Validation d'un questionnaire d'autoévaluation du handicap pour les troubles de la déglutition oropharyngée (Deglutition Handicap Index). *Rev Laryngol Otol Rhinol*, 127(5), 315-325.
- Woisard, V. et Puech, M. (2011). *La réhabilitation de la déglutition chez l'adulte : le point sur la prise en charge fonctionnelle* (2^e éd.). Marseille : Solal.

ANNEXES

Annexe A. Questionnaire pré-information

PRISE EN CHARGE DES PATIENTS DYSPHAGIQUES

Questionnaire préalable

Profession :

IDE AS Autre :

Nombre d'années d'exercice professionnel :

< 3 ans Entre 3 et 6 ans > 6 ans

Service/Etage :

Avez-vous reçu une formation concernant les troubles de la déglutition durant vos études ?

Oui Non

Depuis que vous exercez, avez-vous déjà suivi une formation sur les troubles de la déglutition ?

Oui Non

Si oui, en quelle année a-t-elle été réalisée et par quel professionnel de santé ?

Modalités de dépistage

1. Existe-t-il un protocole « troubles de déglutition » dans votre établissement ?

Oui Non Je ne sais pas

2. Connaissez-vous le processus physiologique de déglutition ?

Oui Non

3. A quelle fréquence rencontrez-vous des patients dysphagiques ?

Jamais Parfois Souvent Très souvent

4. Quels sont les publics à risque de troubles de déglutition ?

- les personnes âgées
- en post- trouble neurologique vasculaire (AVC, TC)
- dans le cadre d'un trouble neurodégénératif
- à la suite d'un traitement carcinologique ORL
- dans le cadre d'une pathologie musculaire
- pendant ou après un séjour en réanimation
- après une intervention chirurgicale dans la zone tête et cou
- autre (précisez) :

5. Dans votre pratique, à quels symptômes vous fiez-vous pour repérer les troubles de déglutition ?

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Fausse-route : toux au repas, suffocation | <input type="checkbox"/> Encombrement bronchique |
| <input type="checkbox"/> Reflux nasal | <input type="checkbox"/> Pneumopathies répétées |
| <input type="checkbox"/> Raclements de gorge | <input type="checkbox"/> Perte de poids inexplicée |
| <input type="checkbox"/> Modification de la voix | <input type="checkbox"/> Allongement de la durée des repas |
| <input type="checkbox"/> Toux chronique ou nocturne | <input type="checkbox"/> Troubles salivaires |
| <input type="checkbox"/> Stases alimentaires | <input type="checkbox"/> Changements des habitudes alimentaires |
| <input type="checkbox"/> Bavage | <input type="checkbox"/> Refus de s'alimenter en groupe |
| <input type="checkbox"/> Haleine fétide | <input type="checkbox"/> Désaturation en oxygène |
| <input type="checkbox"/> Difficulté à la prise de médicaments | <input type="checkbox"/> Autre (<i>précisez</i>) : |

6. Que savez-vous des fausses-routes silencieuses ?

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

7. A quelle fréquence questionnez-vous le patient sur d'éventuelles difficultés à la déglutition ?

- Jamais Parfois Souvent Toujours

8. Connaissez-vous les effets secondaires de la radiothérapie impactant la déglutition ?

- Oui Non

Si oui, lesquels ?

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

Suivi des patients dysphagiques

9. A quelle fréquence notifiez – vous, dans vos transmissions, vos observations concernant la déglutition du patient ?

- Jamais Parfois Souvent Toujours

Si vous n'avez pas coché « toujours », précisez la raison principale :

.....

10. Le patient (ou son entourage) vous questionne – t-il au sujet de l'alimentation ou de la déglutition ?

- Oui
- Non

Si oui :

- quelles sont les questions qui vous sont principalement posées ?

.....

.....

.....

- Vous sentez-vous aptes à répondre à ces questions ?

- Non, jamais
- Oui, parfois
- Oui, souvent
- Oui, toujours

Pour quelle(s) raison(s) :

.....

.....

11. Rencontrez-vous des difficultés dans la prise en charge des patients dysphagiques ?

- Oui
- Non

Si oui, pour quelle(s) raison(s) ?

.....

.....

.....

.....

12. Connaissez-vous les retentissements possibles des troubles de la déglutition sur la qualité de vie du patient ?

- Oui
- Non

Si oui, lesquels ?

.....

.....

.....

13. Selon vous, quel(s) professionnel(s) serai(ent) impliqué(s) dans la prise en charge des troubles de déglutition ?

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Médecin | <input type="checkbox"/> Ergothérapeute |
| <input type="checkbox"/> Infirmier | <input type="checkbox"/> Kinésithérapeute |
| <input type="checkbox"/> Aide-soignant | <input type="checkbox"/> Psychologue |
| <input type="checkbox"/> Diététicien | <input type="checkbox"/> Assistant social |
| <input type="checkbox"/> Orthophoniste | <input type="checkbox"/> Autre : |

Adaptations proposées

14. Connaissez-vous les postures de sécurité concernant la déglutition ?

- Oui Non

15. Si le patient semble évoquer des symptômes de dysphagie, lui proposez-vous des conseils ou adaptations pour son alimentation ?

- Oui Non
- Un ou plusieurs autres professionnels sont amenés à les proposer
(précisez) :.....

Si oui, que proposez-vous ? (précisez si nécessaire)

- Postures de sécurité
- Modification de la texture alimentaire des solides
- Hydratation à l'eau épaissie
- Conseil de boire en mangeant
- Adaptation de l'environnement
- Adaptation des ustensiles utilisés.....
- Autre :

Demande d'informations

16. Quel(s) thème(s) vous semblerai(en)t utile(s) de développer lors d'une information concernant des troubles de déglutition ?

- La déglutition physiologique
- Les dysfonctionnements lors de troubles
- Les origines des troubles
- Le repérage des troubles
- Les conséquences de la dysphagie
- La prise en charge pluridisciplinaire
- Le rôle de l'orthophoniste dans ces troubles
- Les conseils fondamentaux à donner à un patient dysphagique
- Les adaptations à mettre en place

Autre :

17. Souhaitez-vous apporter des précisions ou des commentaires à ce questionnaire ?

.....

.....

.....

PRISE EN CHARGE DES PATIENTS DYSPHAGIQUES

Questionnaire post-séance d'information

Profession :

IDE AS Autre :

Nombre d'années d'exercice professionnel :

< 3 ans Entre 3 et 6 ans > 6 ans

Service/Etage :

Modalités de dépistage

1. Connaissez-vous le processus physiologique de déglutition ?

Oui Non

2. A quelle fréquence rencontrez-vous des patients dysphagiques ?

Jamais Parfois Souvent Très souvent

3. Quels sont les publics à risque de déglutition ?

- les personnes âgées
- en post- trouble neurologique aigu (AVC, TC)
- dans le cadre d'un trouble neurodégénératif
- à la suite d'un traitement carcinologique ORL
- dans le cadre d'une pathologie musculaire
- pendant ou après un séjour en réanimation
- après une intervention chirurgicale dans la zone tête et du cou
- autre (précisez) :

4. Dans votre pratique, à quels symptômes vous fieriez-vous pour repérer les troubles de déglutition ?

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Fausse-route : toux au repas, suffocation | <input type="checkbox"/> Encombrement bronchique |
| <input type="checkbox"/> Reflux nasal | <input type="checkbox"/> Pneumopathies répétées |
| <input type="checkbox"/> Raclements de gorge | <input type="checkbox"/> Perte de poids inexplicquée |
| <input type="checkbox"/> Modification de la voix | <input type="checkbox"/> Allongement de la durée des repas |
| <input type="checkbox"/> Toux chronique ou nocturne | <input type="checkbox"/> Troubles salivaires |
| <input type="checkbox"/> Stases alimentaires | <input type="checkbox"/> Changements des habitudes alimentaires |
| <input type="checkbox"/> Bavage | <input type="checkbox"/> Refus de s'alimenter en groupe |
| <input type="checkbox"/> Haleine fétide | <input type="checkbox"/> Désaturation en oxygène |
| <input type="checkbox"/> Difficulté à la prise de médicaments | <input type="checkbox"/> Autre (précisez) : |

5. **Que savez-vous des fausses-routes silencieuses ?**

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

6. **Connaissez-vous les effets secondaires de la radiothérapie impactant la déglutition ?**

- Oui Non

Si oui, lesquels ?

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

Suivi des patients

7. **Connaissez-vous les retentissements possibles des troubles de la déglutition sur la qualité de vie du patient ?**

- Oui Non

Si oui, lesquels ?

.....
.....

8. **Selon vous, quel(s) professionnel(s) serai(ent) impliqué(s) dans la prise en charge des troubles de déglutition ?**

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Médecin | <input type="checkbox"/> Ergothérapeute |
| <input type="checkbox"/> Infirmier | <input type="checkbox"/> Kinésithérapeute |
| <input type="checkbox"/> Aide-soignant | <input type="checkbox"/> Psychologue |
| <input type="checkbox"/> Diététicien | <input type="checkbox"/> Assistant social |
| <input type="checkbox"/> Orthophoniste | <input type="checkbox"/> Autre : |

Adaptations proposées

9. **Connaissez-vous les postures de sécurité concernant la déglutition ?**

- Oui Non

10. **Si le patient semble évoquer des symptômes de dysphagie, lui proposerez-vous des conseils ou adaptations pour son alimentation ?**

- Oui Non

- Un ou plusieurs autres professionnels sont amenés à les proposer
(précisez) :.....

Si oui, que proposerez-vous ? (précisez si nécessaire)

- Postures de sécurité
- Modification de la texture alimentaire des solides
- Hydratation à l'eau épaissie
- Conseil de boire en mangeant
- Adaptation de l'environnement
- Adaptation des ustensiles utilisés.....
- Autre :

Bénéfice de l'information reçue

11. Pour quel(s) thème(s) pensez-vous avoir mis à jour ou renforcé vos connaissances ?

- La déglutition physiologique
- Les dysfonctionnements lors de troubles
- Les origines des troubles
- Le repérage des troubles
- Les conséquences de la dysphagie
- La prise en charge pluridisciplinaire
- Le rôle de l'orthophoniste dans ces troubles
- Les conseils fondamentaux à donner à un patient dysphagique
- Les adaptations à mettre en place

12. Vous sentez-vous à même de repérer les patients dysphagiques ?

- Pas du tout Partiellement Totalement

13. Vous sentez-vous désormais plus aptes à répondre aux questions des patients et de leur entourage concernant les troubles de déglutition ?

- Pas du tout Partiellement Totalement

14. Pensez-vous que cette séance d'information fasse évoluer votre pratique ?

- Oui Non

15. Souhaitez-vous apporter des précisions ou des commentaires ? Avez-vous des remarques particulières

.....

.....

Annexe C. Questionnaire de satisfaction

Questionnaire de satisfaction

Profession :

IDE AS Autre :

Pouvez-vous qualifier :

	<i>Pas du tout satisfait</i>	<i>Pas satisfait</i>	<i>Assez peu satisfait</i>	<i>Satisfait</i>	<i>Très satisfait</i>
La séance d'information dans sa globalité					
La clarté des informations données					
L'adéquation des informations fournies à vos attentes et besoins					
La mise en pratique					
Le support d'information					

Pensez-vous que cette séance d'information fasse évoluer votre pratique ? Si oui, veuillez préciser.

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

Avez-vous des remarques à formuler ? Voyez-vous quelque chose qui n'a pas été abordé ? Qu'auriez-vous vu à améliorer dans cette séance d'information ?

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

Commentaires généraux :

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

Annexe D. Support de la séance d'information

Ces diapositives ont été le support visuel de notre séance d'information. Elles ont été transmises également sous format papier aux participants.

**Les troubles de la déglutition :
dépistage, prise en charge,
prévention des complications**

Hélène MICHAU, étudiante en orthophonie
Université de Rouen

13 novembre 2017



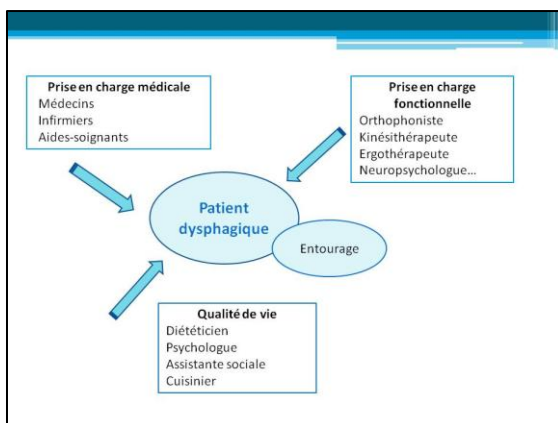
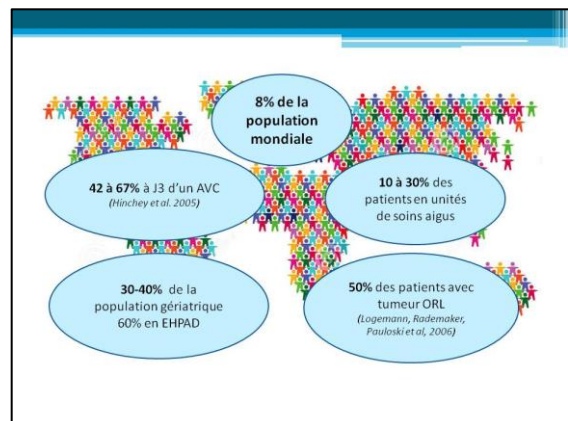
Menu

- Déglutition physiologique
- Repérer les troubles
- Les troubles de déglutition
- Dégustation attentive
- Adaptations
- Conclusion


Déglutition :
« Acte d'avaler la salive, du liquide ou des solides [...] »
Dictionnaire d'orthophonie, 2011

Pourquoi s'intéresser à la dysphagie ?

- Elle est fréquente, parfois discrète et mal connue... donc parfois négligée
- La dysphagie peut représenter une **menace vitale... par étouffement !**
- dégradation progressive de la qualité de vie du patient et de son état général



L'orthophoniste



- Sous prescription médicale
- 5 ans d'études
- Prévention, bilan et prise en charge :
 - tous les âges de la vie
 - langage oral/écrit, fluence, surdité, raisonnement mathématique, pathologies neurologiques, handicaps, voix, ... **déglutition**

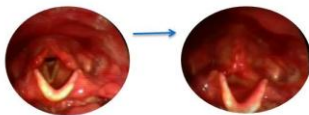
La déglutition physiologique

- La déglutition se compose de 3 phases :
- La phase **orale** (automatico-volontaire)
 - La phase **pharyngée** (réflexe)
 - La phase **œsophagienne** (réflexe)

Phase orale

Propulsion du bolus alimentaire

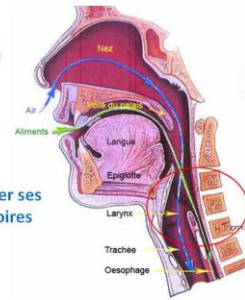
Déclenchement du réflexe de déglutition
→ inhibition de la respiration



Phase œsophagienne

Passage dans l'estomac

Reprise de la respiration



Le carrefour de tous les dangers

avaler = protéger ses voies respiratoires

Phase préparatoire

Préhension de l'aliment : récupération d'informations (température, texture, goût, ...)



Insalivation : première étape de la digestion

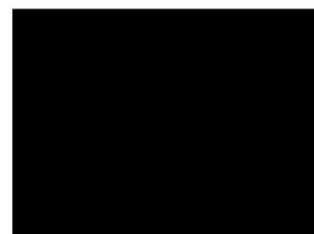
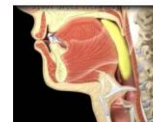
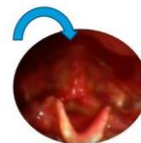
Mastication : formation d'un bolus homogène et lisse, rassemblement sur le dos de la langue



Phase pharyngée

Protection des voies aériennes : l'apnée

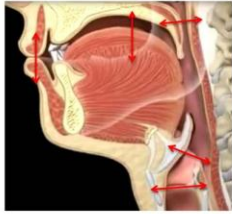
Propulsion du bol alimentaire



Source : <https://www.youtube.com/watch?v=3So8z-Xk4B4>

Ce qu'il faut pour une bonne déglutition

Les « verrous »



Défense ultime :
la toux

Selon Woissard et Puech (2011)

Comment repérer les troubles ?



La toux

Efficacité : musculature + réserve d'air + fermeture glottique
Puissance et durée ≠ gravité des fausses-roues

Toux sans fausse-route : irritation, inflammation

Réflexe qui peut être retardé... ou absent !



Selon Woissard et Puech (2011)



Source :
<https://www.youtube.com/watch?v=1sFNMk87558>

La toux

C'est un bon indicateur, pendant ou après déglutition, mais il n'est pas suffisant
L'absence de toux ne signifie pas l'absence de fausse-route

Déglutition sans
fausse-route



Déglutition sans toux



Les signes majeurs

Audibles



Visibles



- Toux violente à la déglutition
- Toux fréquente autour des repas
- Raclements de gorge répétés
- Suffocation, apnée prolongée
- Changement de couleur du faciès/des lèvres
- Reflux nasal

→ L'alerte doit être donnée au plus tôt

Les signes plus discrets

Audibles



Visibles



- Toux discrète après/à distance des repas
- Raclements discrets
- Voix mouillée
- Mastication excessive
- Bavage
- Stagnation alimentaire (en bouche)
- Stases alimentaires
- Double déglutition
- Altérations salivaires
- Larmoiments

Pendant le repas	Suffocation, apnée prolongée Toux Raclements de gorge répétés Changement de couleur du faciès/des lèvres Reflux nasal Mastication excessive Bavage Stagnation alimentaire Modification de la voix (voix mouillée) Double déglutition Larmoiments
Après le repas	Toux Raclements de gorge discrets Stases alimentaires
A distance des repas	Toux fréquente/ nocturne Altérations salivaires

Ce qui doit alerter

- Plainte, douleurs
- Encombrement bronchique chronique
- Pneumopathies répétées
- Fièvre inexpliquée
- Perte de poids
- Refus ou éviction alimentaire
- Augmentation de la durée des repas
- Toux chronique
- Difficultés à la prise de médicaments
- Mauvaise hygiène buccale



Hygiène buccale

- Dentition
- Soins de bouche
- Risque d'infections respiratoires, de fausses-roues
- Mauvaise haleine

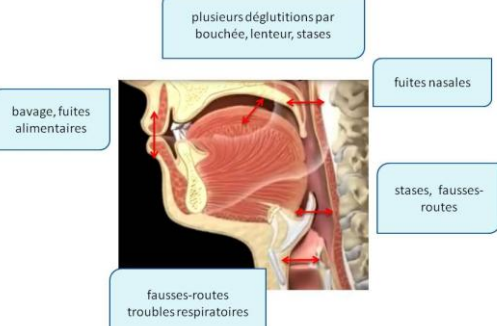
Réduction de l'ouverture buccale : ↑ risques



Les troubles de la déglutition

2 grands types de troubles :

- **Défaut de propulsion**
« il reste quelque chose dans ma bouche/gorge »
→ Restes alimentaires
- **Défaut de protection des VADS**
« je tousse quand j'avale »
→ Fausses-roues



Source : <https://www.youtube.com/watch?v=8B864w9ms0>

Normal



Source : <https://www.youtube.com/watch?v=roFopR5kudU>

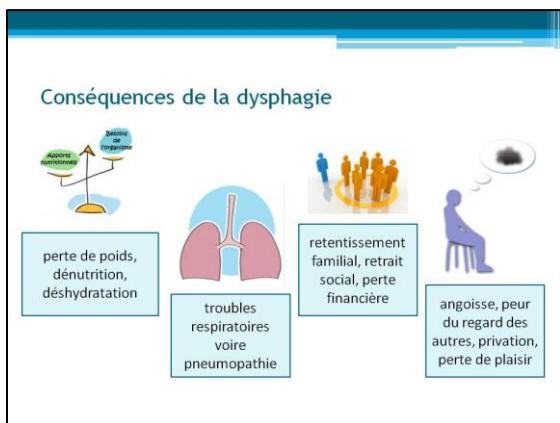
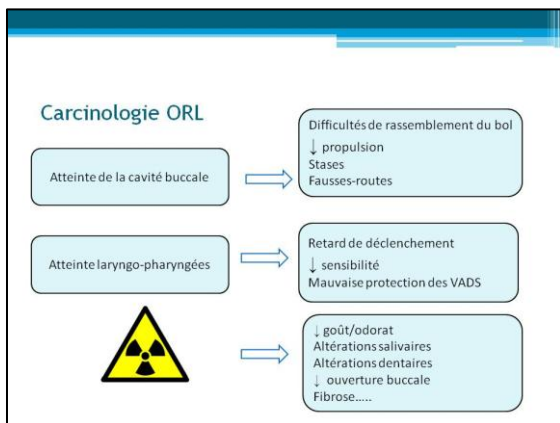
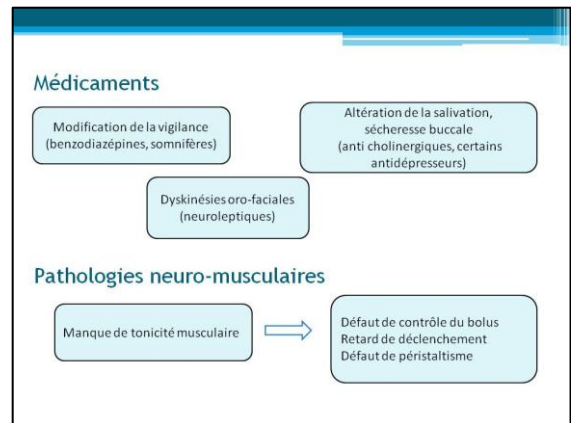
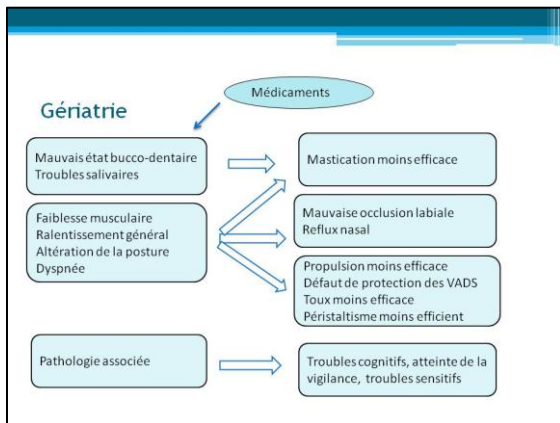
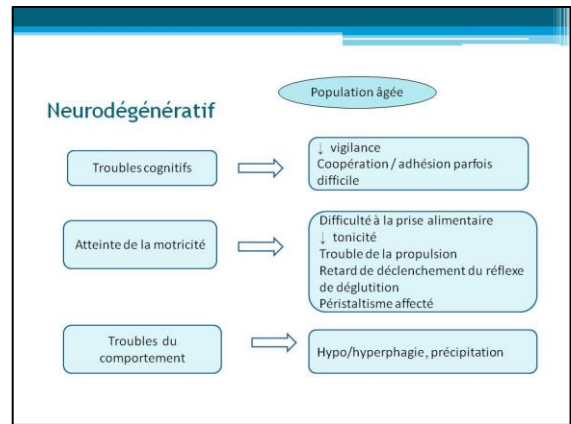
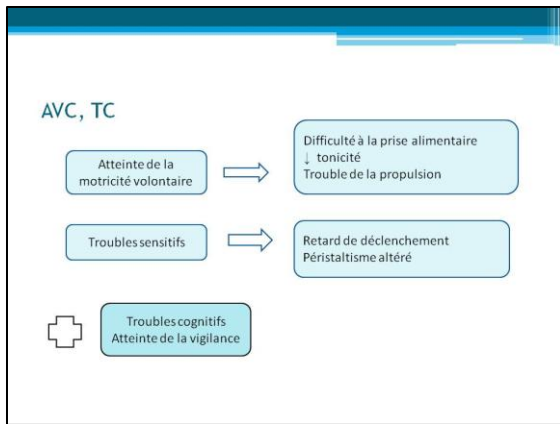
Pathologique

Qui est concerné ?



- Atteinte neurologique vasculaire: AVC, TC
- Troubles neurodégénératifs : Alzheimer, Parkinson, SLA...
- Gériatrie
- Pathologies neuro-musculaires : myopathies, SEP...
- Carcinologie ORL : chirurgie, radiothérapie
- Médicaments
- Post-intubation
- Proximité chirurgicale (thyroïde, carotide...), RGO, diabète, maladies génétiques, etc...

Selon Woisard et Puech (2012)



Adapter pour prévenir les complications

Cadre des repas

- Patient vigilant
- Environnement calme et sans distractions
- Avant de manger : sentir, voir, prendre le temps
- Fractionner les prises alimentaires ⇔ Lien avec la diététicienne
- Le patient ne mange pas seul
- Plateau débarrassé directement après le repas



Installation du patient

- Assis à 90°
- Menton légèrement fléchi
- Pieds posés sur un appui



Assis ou ½ assis 20-30 min après la fin du repas

Privilégier



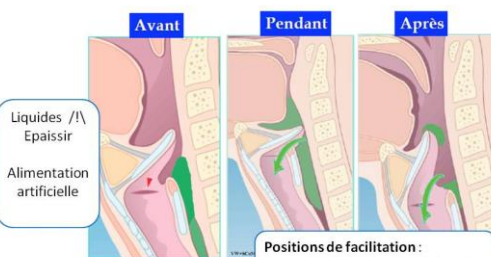
Eviter



Installation de l'aidant

Se placer à la hauteur du patient
Présenter la cuillère vers le bas
Discussion minimale

S'asseoir du côté hémiplégique si besoin



Selon Woisard et Puech (2011)

Alimentation artificielle

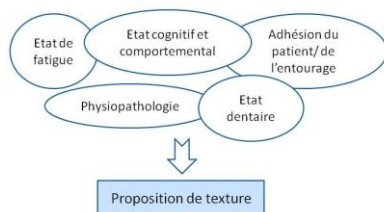
Sonde naso-gastrique : solution à court terme
Stomie : solution à long terme

Le port d'une alimentation artificielle n'empêche pas l'alimentation orale

Bien au contraire, il faut continuer de stimuler la bouche pour prévenir les complications



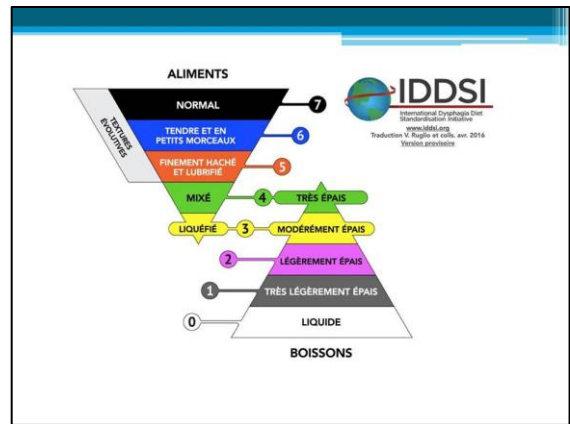
Texture alimentaire



Quelle texture pour les patients ?

Normale
En morceaux
Hachée
Moulinée
Mixée

L'absence de définition précise peut rendre la communication difficile



Les contenants

Attention à la bouteille d'eau et aux fonds de verre
 Pas de verre canard -> Verre à encoche nasale
 Réduire les quantités mises en bouche : cuillères plus petites

A éviter

Eau plate, à température ambiante
 Filandreux
 Fragmentés
 Friables
 Collants
 Difficiles à mastiquer
 Non homogènes
 Tiède, fade

En cas de radiothérapie

- aliments acides : tomates, vinaigrette, citron
- aliments trop épicés et pimentés
- alcool
- fruits : ananas, orange...

A privilégier

Renforcement sensoriel : glacé, pétillant
 Rehausser les plats
 Texture homogène
 Eau épaissie si besoin
 Présentation esthétique

Après radiothérapie : ajouter un « liant » (*beurre, crème, blanc d'œuf battu*)

Cherchez les facteurs de risques



« On ne fait pas de fausse-route si on ne tousse pas »

« Il mange en position semi-couchée et pourtant tout va bien »

« Je lui apporte des cookies et de la tarte, ça passe ! »

« Elle tousse toujours 1h après le repas, donc c'est forcément autre chose »

« Ca fait 60 ans que je mange, vous n'allez quand même pas m'apprendre à le faire »

Nous pouvons tous repérer les signes de dysphagie et prévenir les complications



Rôle capital de l'orthophoniste dans ces troubles
Adaptations souvent nécessaires
Prévention des complications



Conseils de base lors du retour à domicile
et prise en charge si nécessaire



Merci de votre écoute

Annexe E. Traduction française révisée de l'EAT-10

Eating Assessment Tool-10 items (EAT-10)

N° de chambre :

Etage/ Service :

Dans quelle mesure rencontrez-vous les problèmes suivants ?
Entourez une réponse comprise entre 0 et 4.

	0= aucun problème ; 4 = problèmes sévères				
1. Mon problème de déglutition m'a fait perdre du poids	0	1	2	3	4
2. Mon problème de déglutition m'empêche de sortir manger en public	0	1	2	3	4
3. Avaler des liquides me demande un effort supplémentaire	0	1	2	3	4
4. Avaler des aliments solides me demande un effort supplémentaire	0	1	2	3	4
5. Avaler des comprimés me demande un effort supplémentaire.	0	1	2	3	4
6. Avaler me fait mal	0	1	2	3	4
7. Mon plaisir de manger est réduit du fait de ma déglutition	0	1	2	3	4
8. Quand j'avale, la nourriture se bloque dans ma gorge.	0	1	2	3	4
9. Je tousse quand je mange	0	1	2	3	4
10. Avaler me stresse.	0	1	2	3	4
Faites la somme des chiffres que vous avez entourés pour obtenir un score global					

Traduction française révisée ; validation anglophone par Belafsky, Mouadeb, Rees et al., 2008

TROUBLES DE DÉGLUTITION : DÉPISTAGE, DIAGNOSTIC ET PRÉVENTION DES COMPLICATIONS

1. BUT, OBJET ET DOMAINE D'APPLICATION

L'objectif de cette procédure est de décrire la conduite à tenir pour repérer et diagnostiquer un patient dysphagique tout en prévenant les complications liées aux troubles de déglutition. Cette instruction s'applique pour tous les patients de l'établissement.

Les troubles de déglutition se définissent par des altérations de l'acte d'avaler la salive, les sécrétions, les liquides ou les solides. Ils sont fréquents et responsables d'une comorbidité non négligeable chez le patient hospitalisé. Le dépistage de ces troubles de la déglutition et la mise en place de procédures diagnostiques et préventives permettraient la diminution de leur incidence.

2. DÉPISTAGE

2.1. Publics à risque

Le public à risque de présenter des troubles de déglutition sont les patients :

- âgés
- cérébrolésés
- avec trouble neurodégénératif
- admis en carcinologie ORL, avec ou sans radiothérapie, avec ou sans chirurgie
- en période post-opératoire immédiat (<6h)
- ayant reçu une chirurgie cervico-faciale (thyroïde, carotide....)

2.2. Les signes cliniques

Les signes cliniques évocateurs de troubles de la déglutition sont :

Pendant le repas	Dyspnée brutale Toux Reflux nasal Raclements de gorge répétés Modification de la voix (voix mouillée) Bavage Stockage des aliments dans les joues
-------------------------	---

Après le repas	Toux Racléments de gorge répétés Stases alimentaires
A distance du repas	Toux fréquente/ nocturne

3. PROCÉDURE INSTITUTIONNELLE

3.1. Inscription dans le dossier patient

Si certains signes cliniques évocateurs ont été observés, chez un patient à risque ou non, une inscription dans le dossier patient est essentielle.

Toutes les circonstances du repas doivent être notifiées, même celles semblant anodines. On notera par exemple :

- patient agité, peu vigilant
- patient dépendant de l'aide pour s'alimenter
- état bucco-dentaire altéré (prothèse inadaptée, édentation)
- pneumopathie récente
- aspiration récente
- le patient projette la tête en arrière pour avaler
- prise d'alimentation très rapide (prend une bouchée avant d'avoir avalé la précédente)
- temps des repas long (>30 min)
- fatigue lors du repas
- difficultés à la prise de médicaments
- respiration bruyante

Si aucune toux n'est constatée durant le repas écrire : « **Déglutition sans toux** ».

Proscrire « Déglutition sans fausse-route », ce qui serait oublier les possibles fausses-routes silencieuses, c'est-à-dire sans réflexe de toux.

3.2. Mise en sécurité du patient

Le soignant doit s'assurer de la bonne installation du patient lors du repas, notamment pour protéger ses voies respiratoires. La première mise en sécurité passe par observation attentive du patient durant les prises alimentaires.

Le médecin peut, en l'attente du bilan orthophonique, adapter les textures alimentaires.

Dans les cas graves et uniquement sous décision médicale, un arrêt ponctuel ou définitif de l'alimentation et de l'hydratation per os peut être préconisé.

3.3. Intervention de l'orthophoniste

Le bilan orthophonique permet un diagnostic précis de troubles de déglutition. **Dans l'idéal, le bilan orthophonique doit être demandé au plus vite.**

Si le trouble est objectivé, il est de la compétence de l'orthophoniste de proposer un plan thérapeutique comprenant des recommandations sur le mode d'alimentation, la modification des textures, les adaptations posturales, techniques et humaines ainsi qu'une éventuelle prise en charge. L'orthophoniste collabore avec les équipes de restauration pour adapter les textures.

4. PRÉVENTION DES COMPLICATIONS

Après le diagnostic de troubles et suite aux recommandations de l'orthophoniste et de la diététicienne, l'équipe soignante veille à la **bonne mise en place des adaptations** possibles :

- Environnement calme au repas (pas de télévision, peu de personnes présentes)
- Posture générale du patient : la tête est droite, alignée avec le tronc. Si le patient est assis, les pieds sont au sol. S'il est au lit, la tête est la plus droite possible et peut être calée par un coussin ; les jambes sont légèrement fléchies.
- **Posture de sécurité au repas** : tête légèrement fléchie en avant, menton vers le bas
- Utilisation d'ustensiles adaptés (verre à encoche nasale, tasse plus large, tour d'assiette, couverts ergonomiques)
- Respect du mode alimentaire recommandé et des temps de prises
- **Respect de la texture alimentaire préconisée par l'orthophoniste**
- Ne recoucher le patient que 20/30 min après le repas

Pour les patients nécessitant d'être alimentés, le soignant se place à sa hauteur et en face. La cuillère est présentée vers le bas. La discussion est minimale.

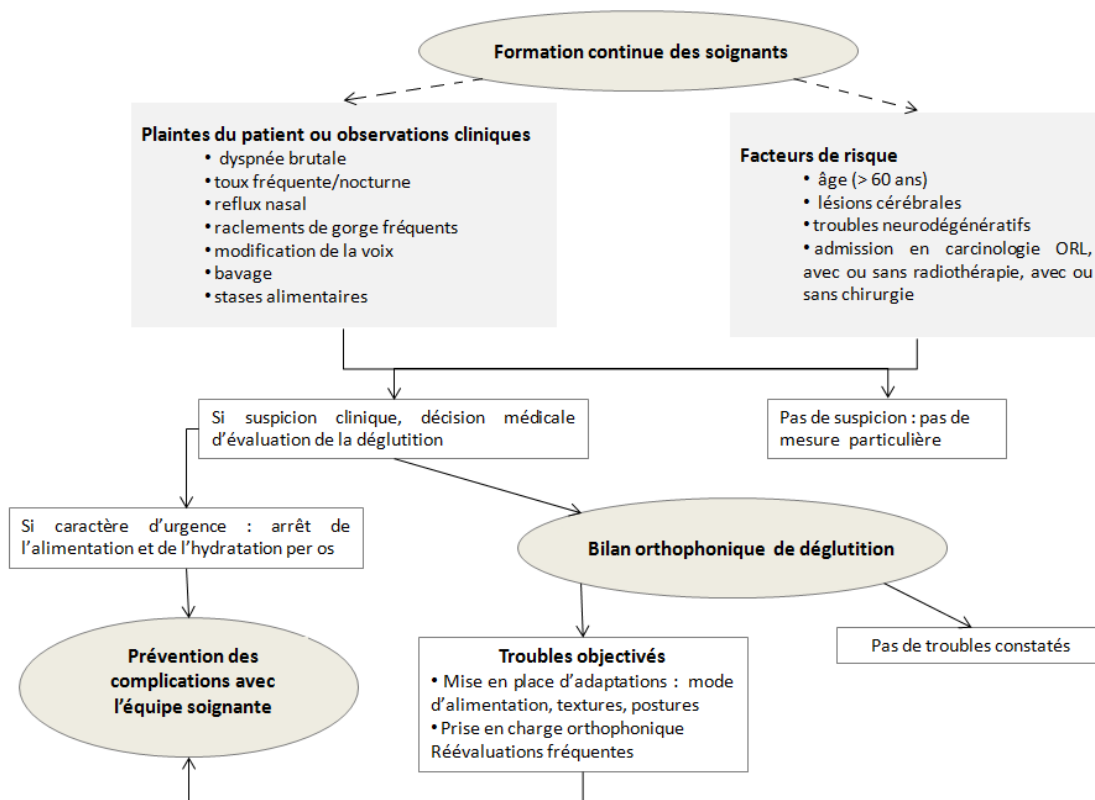
Dans tous les cas, les verres à bec (ou verres- canards) **sont à bannir** car entraînent une hyper-extension de la tête.

La collaboration entre orthophoniste, diététicienne et équipe soignante est essentielle à l'amélioration de la qualité des soins dans l'établissement.

5. FORMATION DU PERSONNEL SOIGNANT

L'amélioration du dépistage et de la prise en charge des patients avec troubles de déglutition passe par la formation continue du personnel soignant et des équipes de restauration.

Vu l'impact de la précédente formation, le C.L.A.N a décidé de mettre en place des sessions de formation autour de cette thématique, de manière annuelle.



ADAPTATION ET PRÉVENTION DES TROUBLES DE DÉGLUTITION

Cadre du repas

- S'assurer que le patient soit vigilant lors du repas
- Eviter les distractions : éteindre la télévision, la radio
- Débarrasser le plateau directement après le repas
- Vérifier la mise en place des prothèses dentaires
- Ne recoucher le patient que 20/30 min après la fin du repas

Installation

- Si le patient est assis, sa tête est droite, alignée avec son dos. Les pieds sont au sol, jambes décroisées.
- Au lit, le patient est le plus droit possible. La tête peut être calée par des coussins si nécessaire. Les jambes sont légèrement fléchies.



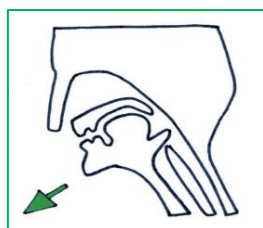
Si le patient ne peut s'alimenter seul :

Le tiers se place à la hauteur du patient et présente les bouchées vers le bas. La discussion est minimale. Le cas échéant, s'asseoir du côté hémiplégique. Le soignant peut accompagner le bras du patient, tenant le couvert, lors de la mise en bouche.

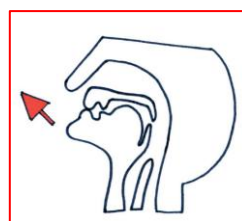
Lors du repas :

- Insister sur les pauses suffisantes entre les bouchées (ne pas proposer de 2ème bouchée si la 1ère n'est pas encore avalée)
- Réduire les quantités mises en bouche. L'utilisation du verre à encoche nasale est encouragée afin d'éviter l'hyper-extension de la tête.
- **Dans la mesure du possible, demander une flexion de la tête vers le thorax (effet de double menton) lors de la déglutition.**

Oui



Non



SIGNES CLINIQUES ÉVOQUANT DES TROUBLES DE LA DÉGLUTITION

Une absence de toux ne signifie pas toujours une absence de fausse-route.

Pendant le repas	<p>Suffocation, apnée prolongée</p> <p>Toux violente</p> <p>Changement de couleur du faciès/des lèvres</p> <p>Reflux nasal</p> <p>Raclements de gorge répétés</p> <p>Mastication excessive</p> <p>Modification de la voix (voix mouillée)</p> <p>Bavage</p> <p>Stagnation alimentaire</p> <p>Double déglutition</p>
Après le repas	<p>Toux</p> <p>Raclements de gorge discrets</p> <p>Stases alimentaires</p>
A distance des repas	<p>Toux fréquente/ nocturne</p> <p>Altérations salivaires</p>

Situations devant évoquer un trouble :

Encombrement bronchique chronique
 Pneumopathies répétées
 Fièvre inexplicée
 Perte de poids rapide
 Difficultés à la prise des médicaments

Augmentation du temps des repas
 Réduction des prises alimentaires
 Perte d'autonomie au repas
 Changement des habitudes alimentaire

Toute observation doit être inscrite dans les transmissions.

Si le patient ne tousse pas noter « *Déglutition sans toux* ».

Dans tous les cas, un bilan orthophonique permet un examen complet de la déglutition.

La dysphagie peut avoir différentes causes :

- les pathologies vasculaires cérébrales
- les maladies neurodégénératives :
SLA, Parkinson, SEP, démences...
- les affections de la sphère O.R.L.
- les affections musculaires
- les effets iatrogènes :
neuroleptiques,
benzodiazépines...

**Les personnes âgées sont
particulièrement exposées
au risque de fausses routes.**

Signes d'appel

- toux
- bronchites à répétition

**Ces conseils
sont généraux,
chaque cas requiert une
réponse individuelle**

L'orthophoniste intervient,
sur prescription médicale, pour
le bilan et la rééducation de
la dysphagie si nécessaire.

Certains examens médicaux comme
la laryngoscopie peuvent compléter
le bilan orthophonique.



Coordination : Isabelle Foyat / 09 89 20 83 83 © Photo : Pixabay.com - iStockphoto

**FAUSSE
ROUTE ?**

**VOTRE
ORTHOPHONISTE
VOUS MONTRE
LA VOIE...**

**Boire et manger
sans danger,
l'orthophoniste
va vous guider**

voie digestive
voie respiratoire

Dans votre exercice professionnel,
des personnes présentent
des troubles de la déglutition
(suite à un AVC, une maladie
neurodégénérative,
un problème O.R.L. ...) ?

La dysphagie

est un trouble fonctionnel de la déglutition qui a pour conséquence la survenue d'une

FAUSSE ROUTE

Des fausses routes à répétition peuvent entraîner des pneumopathies.

La physiologie de la déglutition en quelques mots :

- **La phase buccale**
Les aliments sont mis en bouche et mastiqués, un bolus est constitué et propulsé vers le pharynx par la langue.
- **La phase pharyngée**
Le bolus atteint les piliers antérieurs du voile, qui se contracte pour obturer les fosses nasales. L'os hyoïde bascule en avant, le larynx remonte, la base de langue recule, la glotte se ferme, l'apnée est automatiquement déclenchée, l'épiglotte vient protéger les voies aériennes.
- **La phase œsophagienne**
Le péristaltisme œsophagien assure le transit du bolus vers l'estomac.

voie digestive

voie respiratoire

Que conseiller ?

Vérifier l'intégrité bucco-dentaire de la personne.

Adapter l'alimentation

- Augmenter les sensations en bouche : kinesthésiques, thermiques, gustatives.
- Adapter la texture des aliments.
- Éviter certains aliments à risque : granuleux, filandreux, collants.
- Fractionner les repas.

Adapter la forme galénique des traitements

Adapter les ustensiles

Attention à la paille qui demande une bonne coordination souffle/déglutition et présente un risque.

Adapter l'environnement

- Limiter les sources de distraction pendant le repas.
- Choisir une position adéquate.



- Expliquer le rôle protecteur de la toux et, si possible, ne pas prescrire d'antitussif.



Normandie Université

Une démarche qualité en établissement hospitalier : dépistage, diagnostic et prise en charge des troubles de déglutition

Présenté et soutenu par
Hélène MICHAU

Résumé

Les troubles de déglutition sont fréquents et responsables d'une morbidité non négligeable chez le patient hospitalisé. La mise en place de procédures diagnostiques et préventives permet une diminution de cette incidence ainsi qu'une limitation des complications. Nous avons mené une évaluation des pratiques professionnelles au sein de la clinique de l'Europe de Rouen. Une tendance à l'amélioration des connaissances a été constatée après la séance d'information proposée. Notre travail a également montré qu'un dépistage systématique des patients au moyen d'un auto-questionnaire ne semblait pas pertinent dans l'établissement. Une formation continue des personnels hospitaliers ainsi que la mise en place d'une procédure institutionnalisée amélioreraient la qualité des soins, notamment à travers la mise en sécurité lors des repas.

Mots clés : troubles de déglutition, dépistage, prévention, hôpital, démarche qualité

A quality approach in hospital : screening, diagnosis and management of swallowing problems

Summary

Swallowing disorders are frequent and cause significant morbidity in hospitalized patients. The implementation of diagnostic and preventive procedures allows a reduction of this incidence as well as a limitation of complications. We conducted an evaluation of professional practices at the Clinique de l'Europe in Rouen. A trend towards improved knowledge was noted after the proposed information session. Our work also showed that systematic patient screening by means of a self-administered questionnaire did not seem relevant in the institution. Continuous training of hospital staff and the introduction of an institutionalised procedure would improve the quality of care, in particular by making meals safe.

Key words : swallowing disorders, screening, prevention, hospital, quality approach

Mémoire dirigé par Marie-Noëlle ROBERT-HAYEK, le Dr Nicolas DEVOS et le Pr Jean-Paul MARIE



UFR Santé



Département
d'orthophonie