



**HAL**  
open science

# La prise en charge des troubles de la déglutition des personnes âgées par les internes de médecine générale de la faculté de médecine de Caen

Louise Sorel

## ► To cite this version:

Louise Sorel. La prise en charge des troubles de la déglutition des personnes âgées par les internes de médecine générale de la faculté de médecine de Caen. Médecine humaine et pathologie. 2019. dumas-02328054

**HAL Id: dumas-02328054**

**<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-02328054v1>**

Submitted on 23 Oct 2019

**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.

UNIVERSITÉ de CAEN - NORMANDIE

-----

FACULTÉ de MÉDECINE

Année 2019

THÈSE POUR L'OBTENTION  
**DU GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE**

Présentée et soutenue publiquement le 10 juillet 2019

par

Madame Louise SOREL  
Née le 14 mars 1992 à CHERBOURG (50)

LA PRISE EN CHARGE DES TROUBLES DE LA  
DEGLUTITION DES PERSONNES AGEES PAR LES  
INTERNES DE MEDECINE GENERALE DE LA FACULTE DE  
MEDECINE DE CAEN.

**Président :** Madame le Professeur PIQUET Marie-Astrid  
**Membres :** Madame le Professeur LESCURE Pascale  
Madame le Docteur DE JAEGHER Sophie  
Monsieur le Docteur DELBERGHE Dany, Directeur de thèse

**Année Universitaire 2018/2019****Doyen**

Professeur Emmanuel TOUZÉ

**Assesseurs**

Professeur Paul MILLIEZ (pédagogie)

Professeur Guy LAUNOY (recherche)

Professeur Sonia DOLLFUS & Professeur Evelyne EMERY (3<sup>ème</sup> cycle)**Directrice administrative**

Madame Sarah CHEMTOB

**PROFESSEURS DES UNIVERSITÉS - PRATICIENS HOSPITALIERS**

M.	AGOSTINI Denis	Biophysique et médecine nucléaire
M.	AIDE Nicolas	Biophysique et médecine nucléaire
M.	ALLOUCHE Stéphane	Biochimie et biologie moléculaire
M.	ALVES Arnaud	Chirurgie digestive
M.	AOUBA Achille	Médecine interne
M.	BABIN Emmanuel	Oto-Rhino-Laryngologie
M.	BÉNATEAU Hervé	Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie
M.	BENOIST Guillaume	Gynécologie - Obstétrique
M.	BERGER Ludovic	Chirurgie vasculaire
M.	BERGOT Emmanuel	Pneumologie
M.	BIBEAU Frédéric	Anatomie et cytologie pathologique
Mme	BRAZO Perrine	Psychiatrie d'adultes
M.	BROUARD Jacques	Pédiatrie
M.	BUSTANY Pierre	Pharmacologie
Mme	CHAPON Françoise	Histologie, Embryologie
Mme	CLIN-GODARD Bénédicte	Médecine et santé au travail
M.	COQUEREL Antoine	Pharmacologie
M.	DAO Manh Thông	Hépatologie-Gastro-Entérologie
M.	DAMAJ Ghandi Laurent	Hématologie
M.	DEFER Gilles	Neurologie
M.	DELAMILLIEURE Pascal	Psychiatrie d'adultes
M.	DENISE Pierre	Physiologie
M.	DERLON Jean-Michel	Neurochirurgie

Éméritat jusqu'au 31/08/2020

<b>Mme DOLLFUS Sonia</b>	Psychiatrie d'adultes
<b>M. DREYFUS Michel</b>	Gynécologie – Obstétrique
<b>M. DU CHEYRON Damien</b>	Réanimation médicale
<b>Mme ÉMERY Evelyne</b>	Neurochirurgie
<b>M. ESMAIL-BEYGUI Farzin</b>	Cardiologie
<b>Mme FAUVET Raffaèle</b>	Gynécologie – Obstétrique
<b>M. FISCHER Marc-Olivier</b>	Anesthésiologie et réanimation
<b>M. GÉRARD Jean-Louis</b>	Anesthésiologie et réanimation
<b>M. GUILLOIS Bernard</b>	Pédiatrie
<b>Mme GUITTET-BAUD Lydia</b>	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
<b>M. HABRAND Jean-Louis</b>	Cancérologie option Radiothérapie
<b>M. HAMON Martial</b>	Cardiologie
<b>Mme HAMON Michèle</b>	Radiologie et imagerie médicale
<b>M. HANOUIZ Jean-Luc</b>	Anesthésiologie et réa. médecine péri- opératoire
<b>M. HULET Christophe</b>	Chirurgie orthopédique et traumatologique
<b>M. HURAUULT de LIGNY Bruno</b>	Éméritat jusqu'au 31/01/2020 Néphrologie
<b>M. ICARD Philippe</b>	Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
<b>M. JOIN-LAMBERT Olivier</b>	Bactériologie - Virologie
<b>Mme JOLY-LOBBEDEZ Florence</b>	Cancérologie
<b>M. JOUBERT Michael</b>	Endocrinologie
<b>Mme KOTTLER Marie-Laure</b>	Biochimie et biologie moléculaire
<b>M. LAUNOY Guy</b>	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
<b>M. LE COUTOUR Xavier</b>	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
<b>M. LE HELLO Simon</b>	Bactériologie-Virologie
<b>Mme LE MAUFF Brigitte</b>	Immunologie
<b>M. LEPORRIER Michel</b>	Éméritat jusqu'au 31/08/2020 Hématologie
<b>M. LEROY François</b>	Rééducation fonctionnelle
<b>M. LOBBEDEZ Thierry</b>	Néphrologie
<b>M. MANRIQUE Alain</b>	Biophysique et médecine nucléaire
<b>M. MARCÉLLI Christian</b>	Rhumatologie
<b>M. MARTINAUD Olivier</b>	Neurologie
<b>M. MAUREL Jean</b>	Chirurgie générale
<b>M. MILLIEZ Paul</b>	Cardiologie
<b>M. MOREAU Sylvain</b>	Anatomie/Oto-Rhino-Laryngologie

M.	<b>MOUTEL Grégoire</b>	Médecine légale et droit de la santé
M.	<b>NORMAND Hervé</b>	Physiologie
M.	<b>PARIENTI Jean-Jacques</b>	Biostatistiques, info. médicale et tech. de communication
M.	<b>PELAGE Jean-Pierre</b>	Radiologie et imagerie médicale
Mme	<b>PIQUET Marie-Astrid</b>	Nutrition
M.	<b>QUINTYN Jean-Claude</b>	Ophtalmologie
M.	<b>RAVASSE Philippe</b>	Chirurgie infantile
M.	<b>REZNIK Yves</b>	Endocrinologie
M.	<b>ROD Julien</b>	Chirurgie infantile
M.	<b>ROUPIE Eric</b>	Médecine d'urgence
Mme	<b>THARIAT Juliette</b>	Radiothérapie
M.	<b>TILLOU Xavier</b>	Urologie
M.	<b>TOUZÉ Emmanuel</b>	Neurologie
M.	<b>TROUSSARD Xavier</b>	Hématologie
Mme	<b>VABRET Astrid</b>	Bactériologie – Virologie
M.	<b>VERDON Renaud</b>	Maladies infectieuses
Mme	<b>VERNEUIL Laurence</b>	Dermatologie
M.	<b>VIADER Fausto</b>	Neurologie
M.	<b>VIVIEN Denis</b>	Biologie cellulaire

#### **PROFESSEUR DES UNIVERSITÉS**

#### **PROFESSEUR ASSOCIÉ DES UNIVERSITÉS A TEMPS PLEIN**

M.	<b>VABRET François</b>	Addictologie
----	------------------------	--------------

#### **PROFESSEURS ASSOCIÉS DES UNIVERSITÉS A MI-TEMPS**

M.	<b>de la SAYETTE Vincent</b>	Neurologie
Mme	<b>DOMPMARTIN-BLANCHÈRE Anne</b>	Dermatologie
Mme	<b>LESCURE Pascale</b>	Gériatrie et biologie du vieillissement
M.	<b>SABATIER Rémi</b>	Cardiologie

#### **PRCE**

Mme	<b>LELEU Solveig</b>	Anglais
-----	----------------------	---------

**Année Universitaire 2018 / 2019****Doyen**

Professeur Emmanuel TOUZÉ

**Assesseurs**

Professeur Paul MILLIEZ (pédagogie)

Professeur Guy LAUNOY (recherche)

Professeur Sonia DOLLFUS & Professeur Evelyne EMERY (3<sup>ème</sup> cycle)**Directrice administrative**

Madame Sarah CHEMTOB

**MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITÉS - PRATICIENS  
HOSPITALIERS**

M. ALEXANDRE Joachim	Pharmacologie clinique
Mme BENHAÏM Annie	Biologie cellulaire
M. BESNARD Stéphane	Physiologie
Mme BONHOMME Julie	Parasitologie et mycologie
M. BOUVIER Nicolas	Néphrologie
M. COULBAULT Laurent	Biochimie et Biologie moléculaire
M. CREVEUIL Christian	Biostatistiques, info. médicale et tech. de communication
M. DE BOYSSON Hubert	Médecine interne
Mme DEBRUYNE Danièle <small>Éméritat jusqu'au 31/08/2019</small>	Pharmacologie fondamentale
Mme DERLON-BOREL Annie <small>Éméritat jusqu'au 31/08/2020</small>	Hématologie
Mme DINA Julia	Bactériologie - Virologie
Mme DUPONT Claire	Pédiatrie
M. ÉTARD Olivier	Physiologie
M. GABEREL Thomas	Neurochirurgie
M. GRUCHY Nicolas	Génétique
M. GUÉNOLÉ Fabian	Pédopsychiatrie
M. HITIER Martin	Anatomie - ORL Chirurgie Cervico-faciale
M. ISNARD Christophe	Bactériologie Virologie
M. LEGALLOIS Damien	Cardiologie

<b>Mme LELONG-BOULOUARD Véronique</b>	Pharmacologie fondamentale
<b>Mme LEPORRIER Nathalie</b> <small>Éméritat jusqu'au 31/10/2020</small>	Génétique
<b>Mme LEVALLET Guénaëlle</b>	Cytologie et Histologie
<b>M. LUBRANO Jean</b>	Chirurgie générale
<b>M. MITTRE Hervé</b>	Biologie cellulaire
<b>M. REPESSÉ Yohann</b>	Hématologie
<b>M. SESBOÛÉ Bruno</b>	Physiologie
<b>M. TOUTIRAIS Olivier</b>	Immunologie
<b>M. VEYSSIERE Alexis</b>	Chirurgie maxillo-faciale et
stomatologie	

#### **MAITRES DE CONFERENCES ASSOCIÉS DES UNIVERSITÉS A MI-TEMPS**

<b>Mme ABBATE-LERAY Pascale</b>	Médecine générale
<b>M. COUETTE Pierre-André</b> <small>(fin 31/08/19)</small>	Médecine générale
<b>Mme DE JAEGHER-NOEL Sophie</b> <small>(fin 31/08/2021)</small>	Médecine générale
<b>M. LE BAS François</b> <small>(fin 31/08/19)</small>	Médecine générale
<b>M. SAINMONT Nicolas</b> <small>(fin 31/08/19)</small>	Médecine générale

## REMERCIEMENTS

### **Aux membres du jury,**

*A la présidente du jury,*

Madame le Professeur PIQUET, je vous remercie d'avoir accepté de présider cette thèse.

*Au membre du jury,*

Madame le Professeur LESCURE, je vous remercie d'avoir accepté de juger cette thèse.

*Au membre du jury,*

Madame le Docteur DE JAEGHER,  
Sophie, merci de participer à mon jury de thèse.  
Merci pour ce super stage de médecine générale,  
Merci pour ta disponibilité, tes conseils avisés et ton écoute.

*Au directeur de thèse,*

Monsieur le Docteur DELBERGHE,  
Dany, merci de m'avoir guidé dans la réalisation de ce travail de thèse.  
Merci d'aimer ton métier et de nous le faire partager depuis ces années toujours avec humour. Tu restes un exemple pour moi, vieille interne et future docteur.

### **Aux membres du DMG participants aux séminaires de recherche,**

et en particulier à Thibaut RAGINEL, merci pour ton suivi et ton aide statistique.

### **A mes testeuses et testeur de questionnaire,**

Solen et Pauline H. merci de votre soutien nantais.  
Noémie, Vanessa et Guillaume pour vos critiques à propos du questionnaire et merci de faire aimer la gériatrie.

### **A tous les internes ayant répondu au questionnaire,**

Un grand merci

### **A mes co-internes,**

Lucie, Marianne, Manon, Andréas,  
Merci de m'avoir supportée pendant 6 mois chacun, ce n'était pas une mince affaire.

**A mon entourage,**

*A mes parents,*

Papa et maman, merci pour votre amour inconditionnel, votre disponibilité permanente, vos encouragements à toute épreuve (privée ou professionnelle) et pour ce fameux dicton : « La réussite est le fruit du travail ».

*A mes frères et sœurs,*

Merci Marion d'avoir été mon modèle depuis toute petite et Augustin d'être le diplomate entre nous depuis toujours. Sacré trio !

*A mes grands-parents,*

Merci de votre fierté à nos égards et des valeurs familiales que vous nous avez transmises.

Merci Mamie pour cet appétit contagieux pour la cuisine et Papi pour les dessins de cette thèse.

*A mes soutiens et relectrices (de près ou de loin) pour qui le terme « dysphagie » était encore inconnu il y a quelques mois,*

Sophie, Pauline P. et Chrichri

*A Pauline F.,*

Merci pour tes conseils bienveillants, tes histoires toujours palpitantes et ta joie de vivre.

*A ma famille, amies et amis,*

La famille Samson et la famille Delan au grand complet,

Charline, Anne-Hélène et Adrien, merci d'être là, que ça aille ou pas,

Les « copains de Rennes » qui m'ont toujours connus « en exams »... voilà c'est fini !

*A Adrien,*

Merci pour ton énergie et ta gaieté contagieuses, ta motivation au travail et dans la vie de tous les jours,

Merci pour ton ouverture d'esprit dans ce domaine qui n'était pas le tien et pour ton soutien infaillible durant ces années d'étude, de stages et ce travail de thèse,

Merci pour cette vie épanouie à deux... à trois depuis peu... et plus encore...

## ABREVIATIONS

AVC : Accident Vasculaire Cérébral

APHP : Assistance Publique – Hopitaux de Paris

CLAN : Comité de liaison en Alimentation et Nutrition

EAT 10 : Eating Assessment Tool. Questionnaire de dépistage de la dysphagie en 10 questions

IDDSI : International Dysphagia Diet Standardisation Initiative.

INPES : Institut national de prévention et d'éducation pour la santé.

mL : millilitre

MNA : Mini Nutritional Assessment. Questionnaire pour évaluer la dénutrition des personnes âgées

ORL : Oto-rhino-laryngologie

VVST : Volume-Viscosity Swallow Test. Test de dépistage clinique des troubles de la déglutition

## INDEX DES FIGURES ET TABLEAUX

### Index des figures

Figure 1 : Anatomie du carrefour aéro-digestif .....	1
Figure 2 : Phase orale de la déglutition (bol alimentaire en vert) .....	2
Figure 3 : Phase pharyngée de la déglutition .....	2
Figure 4 : Phase oesophagienne de la déglutition .....	2
Figure 5 : Fausse-route .....	4
Figure 6 : Verre à encoche nasale .....	8
Figure 7 : Diagramme IDDSI. Traduction française. ....	9
Figure 8 : Diagramme de flux et population de l'étude.....	15
Figure 9 : Diagramme répondant à la question : "Vous sentez-vous compétent(e) face aux troubles de la déglutition des personnes âgées ?" .....	16
Figure 10 : Diagramme répondant à la question : "Quel(s) verre(s) préconisez-vous en cas de troubles de la déglutition ?" .....	17
Figure 11 : Moyenne du score permettant l'évaluation des compétences des internes en fonction de leur sentiment de compétence.....	20

### Index des tableaux

Tableau 1 : Principales étiologies des troubles de la déglutition.....	5
Tableau 2 : Classification des textures. (Recommandation de bonnes pratiques CLAN Central AP-HP, mars 2011) .....	9
Tableau 3 : Aliments à risque augmenté de troubles de la déglutition (Recommandations de bonnes pratiques CLAN Central AP-HP, mars 2011).....	10
Tableau 4 : Sentiment de compétence des répondants par rapport à leur année d'internat. ....	16
Tableau 5 : Réponses aux questions : "Quels traitements seraient à réévaluer chez un patient ayant des troubles de la déglutition ?" .....	19
Tableau 6 : Comparaison des "sentiments de compétence" des internes de notre étude avec les "niveaux de connaissance" des médecins de la thèse de N. PIERRE-LOUIS. ....	22
Tableau 7 : Proportion des répondants connaissant les effets délétères des classes thérapeutiques suivantes dans les troubles de la déglutition.....	24

## TABLE DES MATIERES

<b>INTRODUCTION .....</b>	<b>1</b>
<b>1. Pré-requis .....</b>	<b>1</b>
La déglutition .....	1
La presbyphagie .....	3
La dysphagie oro-pharyngée .....	4
Adaptations posturales et environnementales.....	8
Adaptations alimentaires .....	8
<b>2. La médecine générale et les troubles de la déglutition .....</b>	<b>12</b>
<b>3. Objectif de l'étude .....</b>	<b>12</b>
<b>MATERIEL ET METHODE .....</b>	<b>13</b>
<b>1. Période et population de l'étude .....</b>	<b>13</b>
<b>2. Support de l'étude : le questionnaire .....</b>	<b>13</b>
Thèmes abordés.....	13
Cas clinique .....	13
<b>3. Support d'information .....</b>	<b>13</b>
<b>4. Protocole de l'étude .....</b>	<b>14</b>
<b>5. Recherche documentaire .....</b>	<b>14</b>
<b>6. Analyse statistique des données .....</b>	<b>14</b>
<b>RESULTATS.....</b>	<b>15</b>
<b>1. Diagramme de flux et population de l'étude .....</b>	<b>15</b>
<b>2. Analyse descriptive .....</b>	<b>16</b>
Sentiment de compétence et expérience.....	16
Adaptations environnementales et posturales.....	17
Adaptations alimentaires .....	17
Autres éléments de prise en charge .....	18
Autres propositions ou autres prise en charge découverts lors des stages.....	19
Communication.....	19
<b>3. Lien entre compétences et « sentiment de compétence » .....</b>	<b>20</b>
<b>DISCUSSION .....</b>	<b>21</b>
<b>1. Résultat principal .....</b>	<b>21</b>
<b>2. Commentaires sur l'échantillon .....</b>	<b>21</b>
<b>3. Comparaison avec la littérature .....</b>	<b>21</b>
Sentiment de compétence et formation .....	22
Compétences évaluées.....	22
Education thérapeutique des soignants et des aidants .....	26
<b>4. Limites de l'étude .....</b>	<b>27</b>
<b>5. Forces de l'étude .....</b>	<b>27</b>
<b>6. Perspectives pour l'avenir .....</b>	<b>27</b>
<b>CONCLUSION .....</b>	<b>29</b>
<b>BIBLIOGRAPHIE .....</b>	<b>30</b>
<b>ANNEXES.....</b>	<b>38</b>

# INTRODUCTION

Si manger c'est se rassembler, désirer, goûter, c'est aussi déglutir plus de 300 fois par heure lors d'un repas. Et si se nourrir est une nécessité pour tous, un plaisir pour beaucoup, un pêché pour certains, c'est aussi un danger pour d'autres (1).

La déglutition, malgré sa fréquence et son caractère familier, est un mécanisme hautement sophistiqué et étroitement lié à d'autres fonctions vitales (2).

## 1. Pré-requis

### *La déglutition*

La déglutition est le mécanisme complexe permettant de conduire les aliments et la salive de la cavité buccale vers l'estomac à travers le pharynx, tout en isolant les voies respiratoires (3).

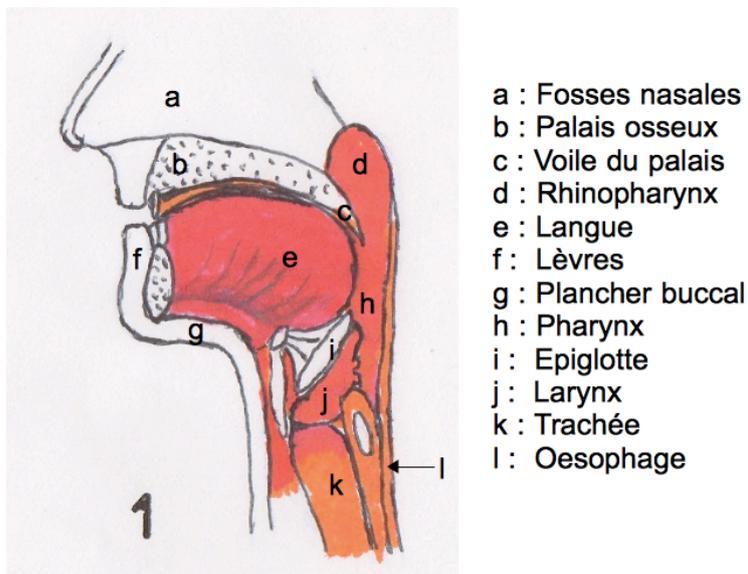


Figure 1 : Anatomie du carrefour aéro-digestif

La déglutition, phénomène physiologique est un processus sensitivo-moteur semi-réflexe complexe et parfaitement coordonné (4).

La déglutition se déroule en trois phases successives (5)(6).

- La phase orale comporte tout d'abord le temps de préparation du bol alimentaire qui permet de donner aux aliments des propriétés physico-chimiques appropriées à une bonne déglutition. Elle nécessite une dentition stable. Le plaisir de l'acte de nutrition est essentiellement lié à ce temps.

Les aliments sont rassemblés sur le dos de la langue puis sont ensuite propulsés volontairement en arrière par l'accolement d'avant en arrière de la langue contre le palais. Le voile du palais remonte et ferme le rhinopharynx.

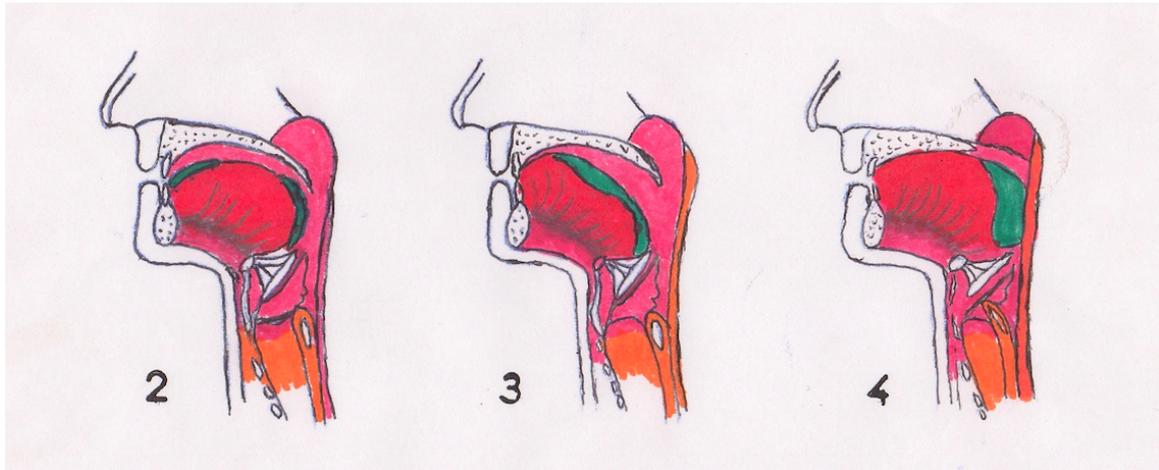


Figure 2 : Phase orale de la déglutition (bol alimentaire en vert)

- La phase pharyngée est rapide et réflexe. Le bol alimentaire est propulsé vers l'œsophage grâce à une contraction des muscles pharyngés constricteurs. La protection des voies aériennes comprend l'élévation laryngée, la bascule postérieure de l'épiglotte, la fermeture glottique, et s'accompagne d'une inhibition centrale de la respiration.

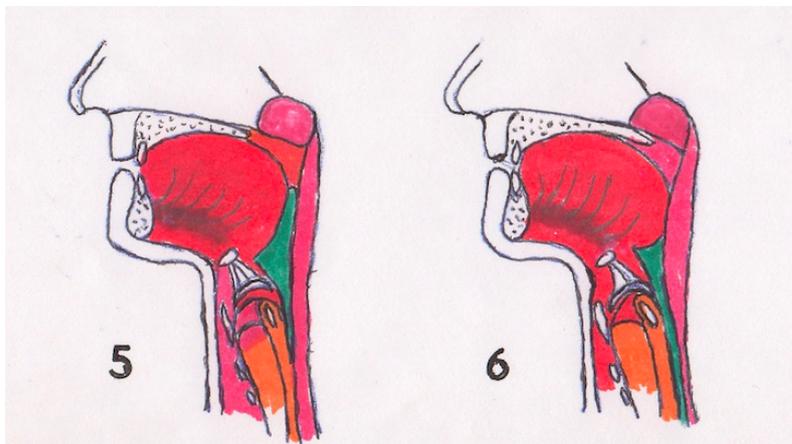


Figure 3 : Phase pharyngée de la déglutition

- La phase œsophagienne permet la migration alimentaire jusqu'à l'estomac grâce au péristaltisme œsophagien. Les sphincters supérieur et inférieur de l'œsophage s'ouvrent à son passage.

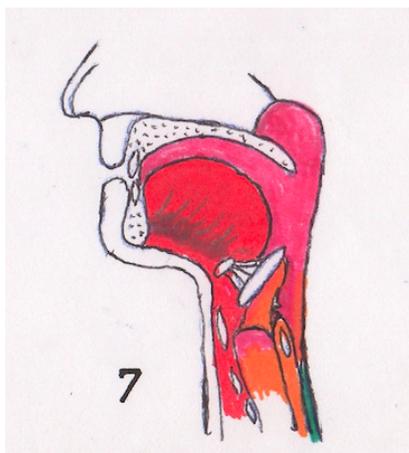


Figure 4 : Phase œsophagienne de la déglutition

## ***La presbyphagie***

Selon Benjamin FRANKLIN « Tout le monde veut vivre longtemps mais personne ne veut vieillir ». Le vieillissement est un processus complexe et multifactoriel. Les différentes structures et fonctions de la sphère oro-pharyngée n'échappent pas au vieillissement (7)(8).

La presbyphagie peut se définir chez le sujet âgé par un ralentissement global du processus de déglutition (9).

Le vieillissement est à la fois mécanique (affaiblissement musculaire, rigidités articulaires, arthrose de la colonne cervicale) et neurologique (commande motrice plus lente, sensibilité et réflexes diminués, troubles cognitifs) (10).

La musculature s'atrophie avec une perte de force allant jusqu'à 40% après 70 ans. Les muscles masticatoires et la langue sont particulièrement concernés. La production salivaire est altérée avec l'âge et environ 25% des sujets âgés se plaignent de xérostomie (bouche sèche). Cela peut entraver la descente du bolus et entraîner une rétention pharyngée ou œsophagienne.

Il est conseillé de rendre les aliments plus onctueux et homogènes par adjonction de sauce ou de corps gras pour faciliter la formation d'un bolus cohésif et ainsi empêcher des petites particules d'entrer dans les voies respiratoires (11).

La dentition est souvent altérée dans cette population. L'édentation ou le port de prothèse mal adaptée ne permet pas une mastication efficace et aggrave des troubles de la déglutition (12)(13)(14).

Par ailleurs, le vieillissement s'accompagne d'une diminution des capacités sensorielles notamment le goût et l'odorat par une diminution du nombre de papilles gustatives, ainsi qu'une réduction de la sensibilité des récepteurs de la soif.(15)

Selon PEPERSACK et al (16), la dysphagie peut être considérée comme un syndrome gériatrique car la prévalence de la dysphagie augmente avec l'âge, elle a un impact sur la qualité de vie et est souvent d'origine plurifactorielle.

De plus, la prévalence des maladies augmente avec l'âge et la dysphagie est une comorbidité de nombreuses maladies liées à l'âge et ou de leurs traitements.

Cependant, en l'absence de comorbidités, ces modifications sont lentes et peu pénalisantes (17). En effet, une étude vidéofluoroscopique réalisée chez des patients sans plainte dysphagique, d'âge moyen 83 ans n'a retrouvé une déglutition normale que chez 16% d'entre eux. La phase orale était touchée dans 63% des cas (bavages, mouvements de langues augmentés) et la phase pharyngée dans 25% (18).

Les troubles de la déglutition des personnes âgées se manifestent par des symptômes souvent vagues, restent non diagnostiqués durant plusieurs années. Ils deviennent évidents à l'occasion de complications (19).

## ***La dysphagie oro-pharyngée***

- *Définition et anatomie*

Le terme dysphagie est un terme générique qui correspond à une variété d'atteintes ou de maladies.

Les troubles de la déglutition ou dysphagie oro-pharyngée, peuvent se définir par une difficulté ou une impossibilité d'avalier des liquides, des solides ou des médicaments (4).

Lorsque la déglutition est perturbée, elle peut engager le pronostic fonctionnel et vital.

En effet, en présence d'un défaut de protection des voies aériennes, le bol alimentaire peut s'engager dans la trachée, constituant une « fausse-route » (20).

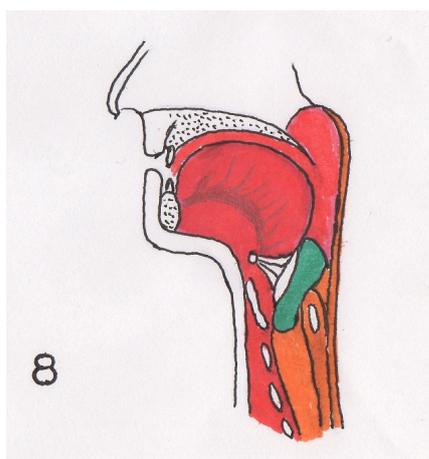


Figure 5 : Fausse-route

- *Prévalence*

La prévalence des troubles de la déglutition varie fortement selon les études en fonction du type de population choisie, à domicile ou en institution, de l'âge et des comorbidités ainsi que de la méthodologie choisie : dépistage par questionnaire, test clinique ou paraclinique.

Selon une méta-analyse réalisée en 2016 (21), environ 15% des sujets âgés à domicile souffrent de dysphagie. Ce chiffre augmente entre 30 à 40% pour les patients institutionnalisés ou hospitalisés. (Annexe 1)

- *Etiologies*

Les principales pathologies responsables de troubles de la déglutition sont neurologiques et ORL (22). Elles sont présentées dans le tableau 1 (23).

Après un AVC, environ un patient sur deux souffre de dysphagie et quatre patients sur cinq au cours de la maladie de Parkinson (24)(25).

Tableau 1 : Principales étiologies des troubles de la déglutition

Neurologiques		Accident Vasculaire cérébral (AVC)
		Maladie de Parkinson
		Maladie d'Alzheimer
		Autres démences
		Traumatisme crânien
		Tumeur du système nerveux central
		Sclérose latérale amyotrophique Sclérose en plaque
Musculaires		Myasthénie Myopathies
ORL et digestive	Obstacle mécanique	Tumeurs de la cavité buccale, du pharynx, du larynx, de l'œsophage Compression extrinsèque (tumeur médiastinale, thyroïde, adénopathies) Ostéophytes cervicaux
	Autres	Diverticule de Zenker Achalasie de l'œsophage Candidose oro-pharyngée
	Sténose œsophagienne	Œsophagite caustique, infectieuse, médicamenteuse
Iatrogéniques	Chirurgicale	Cancers des voies aéro-digestives supérieures, thyroïde...
	Radiothérapie cervicale	
	Médicamenteuse	
Autres	Diabète	
	Dénutrition	

Certains médicaments peuvent induire des troubles de la déglutition appelés alors dysphagie iatrogénique (26).

Tous les médicaments susceptibles d'entraîner une xérostomie peuvent induire une dysphagie. Plus de 200 médicaments sont dénombrés. Ils sont répertoriés par classe, surtout par leur propriétés anticholinergiques : anti-parkinsoniens, anti-histaminiques, anti-dépresseurs, anti-spasmodiques... (9).

Les médicaments altérant le système nerveux central, en particulier les agents psychotropes comme les benzodiazépines, entraînent un retard du réflexe de déglutition et nuisent à la sécurité de la déglutition.

De plus, la prévalence d'utilisation des benzodiazépines est de plus de 35% chez les femmes âgées de 80 ans et plus (27).

En outre, les antipsychotiques, au-delà de leurs propriétés sédatives, peuvent causer des troubles de la déglutition par leurs effets extra-pyramidaux avec dyskinésies au niveau du visage (28).

- *Diagnostic*

Le diagnostic des dysphagies oro-pharyngées est facile si les symptômes sont d'emblée évocateurs : gêne pour avaler, fuites buccales, reflux nasal, fausses routes évidentes, toux ou modification de la voix après le repas. Il est plus complexe face à une perte de poids, une altération de l'état général ou des épisodes fébriles inexpliqués.

L'interrogatoire recherche la notion de dysphagie, de prise de médicaments, les antécédents neurologiques, digestifs, ORL et chirurgicaux.

L'examen clinique est général, à la recherche d'anomalies morphologiques locales, mais aussi endobuccal pour éliminer les facteurs favorisant de dysphagie oro-pharyngée. L'examen neurologique vérifie l'intégrité des nerfs crâniens.

Les tests de dépistage clinique sont une option efficace dans l'approche des troubles de la déglutition. Ils ont l'avantage de pouvoir être réalisés par un médecin non spécialiste ou un para-médical (infirmier, kinésithérapeute, orthophoniste...). Ils permettent d'identifier un trouble et d'adapter la réponse thérapeutique ou d'orienter le patient (29).

Il en existe deux principaux le « 3-Oz Water Swallow Test » qui consiste à faire boire 90 mL d'eau froide sans interruption. Le test est positif si le patient s'arrête, tousse ou a la voix mouillée dans la minute suivant la déglutition. Ce test est rapide mais ne détecte pas les fausses-routes silencieuses (30).

D'autre part, le « Volume viscosity Swallowing Test » (V-VST) a les avantages de varier les consistances (nectar, liquide, pudding) et les volumes (5, 10, 20 mL) ainsi que de tester l'efficacité et la sécurité de la déglutition. Cependant il nécessite une préparation antérieure et une durée plus longue de réalisation. La sécurité de la déglutition est altérée si le patient tousse, a la voix modifiée ou une désaturation en oxygène supérieure à 3%. L'efficacité de la déglutition est correcte en l'absence de bavage, de résidu oral, pharyngée ou de déglutition multiple (3)(31).

Les explorations fonctionnelles, comme la nasofibroscopie, visent à comprendre les phases de la déglutition qui sont perturbées et ne sont réalisés que s'il n'existe pas de causes cliniquement évidentes aux fausses routes (32). La vidéo-fluoroscopie, aussi appelée radiocinéma pharyngo-œsophagien, est considérée comme le Gold Standard pour le diagnostic des troubles de la déglutition (12). Elle réalise une étude radiologique morphologique et dynamique de l'ensemble de la déglutition. Elle visualise les trois phases

de la déglutition et peut être proposée au cours de la rééducation afin d'adapter la prise en charge.

- *Complications*

Les conséquences de la dysphagie oro-pharyngée sont nombreuses : organiques et psychologiques.

L'altération de la sécurité de la déglutition peut entraîner des pneumopathies secondaires aux fausses-routes (33). Dans une étude espagnole, l'incidence des pneumopathies était de 40% chez des sujets âgés avec des troubles de la déglutition diagnostiqués par le V-VST contre 22% chez les patients ayant un V-VST physiologique (34).

Le risque d'hospitalisation répétée est 2 à 4 fois supérieur chez des patients atteints de troubles de la déglutition (35).

L'altération de l'efficacité de la déglutition entraîne une dénutrition et une déshydratation. Selon une étude finlandaise (36), les troubles de la déglutition sont considérés comme facteurs prédictifs de dénutrition diagnostiquée par le MNA ( $P < 0,001$ ).

La dysphagie et la dénutrition s'aggravent mutuellement (37)(38).

Le retentissement psychologique et social des troubles de la déglutition est important. (39–41) Dans une étude réalisée dans différents pays européens (42), 41% de patients dysphagiques ressentait de la panique ou de l'anxiété pendant les repas. Un patient sur trois avait déclaré qu'il évitait de manger avec d'autres personnes à cause de sa dysphagie.

- *Prise en charge*

La prise en charge du patient dysphagique nécessite la collaboration dans le temps de plusieurs professionnels de formations différentes, ayant des objectifs complémentaires (17,43). Elle englobe les personnels médicaux spécialistes (ORL, gériatre, rééducateur, neurologue...) et généralistes, mais aussi les para-médicaux comme les infirmiers, aides soignants, orthophonistes, ergothérapeutes, kinésithérapeutes...

Par sa définition même, la profession d'orthophoniste a une place prépondérante dans la prise en charge des troubles de la déglutition (44)(45).

Il existe peu de possibilité de traitement curatif de la dysphagie hormis la chirurgie traitant les causes locales de dysphagie.

La prise en charge de la presbyphagie est parfois réadaptative à l'aide de l'orthophoniste mais est toujours compensatoire, en visant à éviter ou réduire les effets des facultés affaiblies grâce aux adaptations environnementales et alimentaires (11).

## Adaptations posturales et environnementales

Les fausses-routes sont favorisées par certaines positions en particulier la position allongée ou le menton relevé (46-48). La position assise à 90 degrés permet d'orienter les forces de gravitation vers l'œsophage.

La position « menton-replié » permet une réduction de la taille de l'entrée du larynx et réduit la vitesse de passage du bolus, donnant ainsi au système neuronal le temps nécessaire pour déclencher les événements de protection des voies aériennes (49,50).

Par ailleurs, l'alimentation orale par un tiers augmente fortement le risque d'infection respiratoire (29). Il est donc conseillé aux aidants et aux soignants de s'asseoir pour aider les patients dysphagiques à manger en présentant la nourriture en contre-bas.

Les patients dysphagiques prennent plus de temps à manger et la fatigue aggrave les troubles de la déglutition. Il est recommandé de manger plus régulièrement mais de façon moins importante et d'éviter les distractions tel que la télévision (11).

Des équipements simples comme les verres à encoche nasale ou des verres évasés, empêchent une inclinaison de la tête en arrière lorsque l'on boit le fond d'une tasse et améliorent ainsi la déglutition (51).

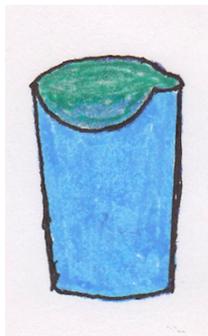


Figure 6 : Verre à encoche nasale

L'utilisation de pailles ou de verres à bec évite les bavages mais l'aspiration nécessaire induit un débit rapide de déglutition propice aux fausses-routes (52).

## Adaptations alimentaires

L'intervention compensatoire la plus courante est la modification du régime en favorisant les liquides épaissis et les textures homogènes (53,54). En effet, un aliment épais s'écoule plus lentement qu'un aliment fluide dans le carrefour aérodigestif, facilitant la protection des voies aériennes supérieures et diminue les pneumopathies d'inhalation.

Un aliment homogène fournit une information sensitive simple et sa cohésion induit un écoulement uniforme facilitant sa propulsion (38).

Les différentes textures sont présentées dans le tableau 2 et les différentes boissons dans la figure 7.

Tableau 2 : Classification des textures. (Recommandation de bonnes pratiques CLAN Central AP-HP, mars 2011)

Textures	Indications	Descriptifs (particularités par rapport à la texture normale)
Alimentation normale		
Alimentation normale hachée	Problème de mastication mineur	Viande moulinée ou émincée, tendre, légumes entiers, bien cuits, fruits tendres, bien mûrs
Alimentation moulinée tendre	Problème de mastication, peut être prescrite pour des troubles de déglutition	Viande moulinée, légumes bien cuits ou en purée, fruits cuits (aliments pouvant s'écraser à la fourchette)
Alimentation moulinée fin	Problème de mastication associé ou non à des troubles de déglutition majeurs	Viande moulinée, légumes en purée, compotes de fruits, laitages sans morceaux, fromages à tartiner
Alimentation mixée	Problème de déglutition majeur	Textures lisses, à l'image des petits pots pour bébé premier âge, viande et légume séparés
Alimentation lisse (mixée mélangée)	Problème de déglutition majeur	Textures lisses, à l'image des petits pots pour bébé premier âge, viande et légume mélangés de façon intime.

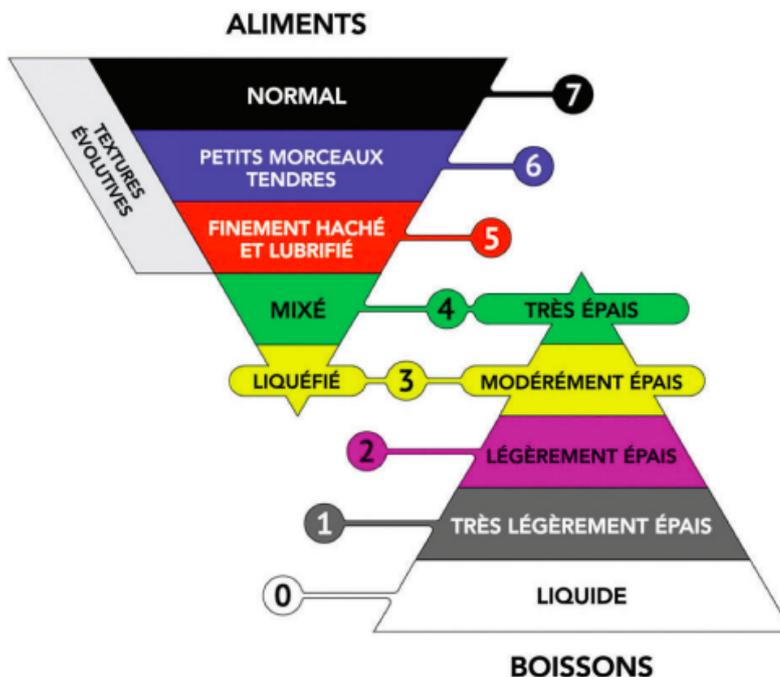


Figure 7 : Diagramme IDDSI. Traduction française.

La prévalence de régime à texture modifiée est d'environ 25-30% et celle des liquides épaissis de 10% dans des unités de soins de longue durée (55-59).

Cependant, les modifications de texture et d'épaississement des liquides sont controversées, par leur manque de preuves d'efficacité (60,61) et de nombreuses études demandent des recherches complémentaires (62-65).

D'autre part, les modifications de régime augmentent le risque de dénutrition et de déshydratation (59,63,66).

Les terminologies des différentes consistances n'ont été harmonisées internationalement qu'en 2015 (67) et traduit en 2017 par une équipe de recherche en orthophonie dirigée par V. RUGLIO (68).

Par ailleurs, la décision d'une texture n'est souvent pas précédée d'une évaluation précise. En effet selon GROHER et al (56), 91% des patients avec un régime à texture modifiée pourraient tolérer une texture moins lisse.

De plus, les modifications de texture altèrent la qualité de vie des patients au moment des repas (60,69). Dans une étude (48), les patients sans troubles cognitifs avaient préféré modifier leur posture plutôt que de boire un liquide épaissi. De ce fait, l'observance des patients vis à vis des adaptations alimentaires est relativement mauvaise. Selon une méta-analyse (70), elle serait comprise entre 20 et 50%.

Le conseil diététique devant des troubles de la déglutition doit être d'abord une aide à la sélection des aliments au sein d'une alimentation normale, en fonction de leur texture, en excluant certains aliments ou en améliorant leur préparation grâce à des recettes adéquates. L'objectif est si possible de conserver à l'alimentation son caractère plaisir.

Certains types d'aliments, par leurs propriétés physiques sont à risque augmentés de troubles de la déglutition. Ils sont présentés dans le tableau 3.

Tableau 3 : Aliments à risque augmenté de troubles de la déglutition (Recommandations de bonnes pratiques CLAN Central AP-HP, mars 2011)

Types d'aliments	Exemples d'aliments
filandreux	Poireaux, carottes râpées, haricots verts, céleri rave...
à grains ou à petits morceaux	Semoule, riz, lentilles, maïs, coquillettes, cubes de betteraves, olives, petits pois...
à côtes	Laitue, blettes...
à croûte, s'émiettant	Cordons bleus, pain, biscottes, viennoiseries, pâte feuilletée...
à double texture	Agrumes (pamplemousse, orange, clémentine,...), salade de fruits, yaourts aux fruits, flans nappés caramel, soupe avec morceaux même petits, céréales ou biscottes trempées...
trop fluides	Bouillon, potage, jus de fruits...
se liquéfiant	Glace, gelée, gélatine...
à peau épaisse	Saucisson, boudin...
à arêtes	Poisson avec arêtes...
trop secs	Plats sans jus ni sauce, œufs durs, thon émietté, biscuits secs...

Les caractéristiques physiques des substances à déglutir sont d'une importance essentielle dans la survenue ou non de troubles de la déglutition.

Les températures et les saveurs apportent des informations sensibles plus ou moins stimulantes ; ainsi plus la température des aliments diffère de celle du corps humain, plus ils sont stimulants. Validé par de nombreuses études (71–74) ; le froid, la présence de goût agrume, acide ou épicé améliore la déglutition de patients sains ou dysphagiques.

L'eau gazeuse comparée à l'eau plate diminue le nombre de pénétrations laryngées permettant d'éviter si possible le recours aux liquides épaissis (75).

- *Nutrition entérale*

La nutrition entérale est une méthode d'alimentation artificielle utilisée pour prévenir ou corriger une dénutrition si une alimentation orale est impossible ou insuffisante alors que le système digestif est fonctionnel (76). La sonde est placée par voie naso-gastrique ou gastrostomie (77).

La nutrition entérale est indiquée dans les troubles sévères de la déglutition (38).

La voie naso-gastrique est utilisée en priorité pour sa simplicité de pose. Cependant, elle ne prévient pas totalement le risque d'inhalation. Si elle empêche l'inhalation directe d'aliments ou de boissons, elle n'évite pas celle de la salive. De plus, elle induit une incompétence des sphincters supérieur et inférieur de l'œsophage, favorisant ainsi la survenue du reflux gastro-œsophagien et l'inhalation gastrique (29).

La pose d'une gastrostomie est plus complexe et moins utilisée. Elle nécessite un abord endoscopique ou percutané radiologique.

Une synthèse Cochrane en 2017 (78) a comparé l'efficacité et la sécurité de la sonde naso-gastrique versus la gastrostomie chez des adultes dysphagiques. La procédure d'installation de la gastrostomie était associée à moins d'échecs que la pose d'une sonde naso-gastrique et le taux de mortalité n'était pas statistiquement différent entre les deux groupes.

Par ailleurs, la mise en place d'une alimentation entérale chez un sujet âgé doit être précédée d'une réflexion bénéfice-risque. Les termes des lois relatives aux droits des malades du 4 mars 2002 et du 22 avril 2005 s'appliquent aux décisions d'alimentation entérale. Le débat éthique doit prendre en compte les souhaits du malade, le pronostic, les difficultés techniques du traitement proposé, le résultat escompté, le confort du malade et sa qualité de vie.

Une méta-analyse (79) a conclu à une absence d'effet bénéfique de l'alimentation entérale en terme de survie chez des patients souffrant de démence à un stade avancé.

## **2. La médecine générale et les troubles de la déglutition**

Depuis 2004, avec la déclaration obligatoire du médecin traitant, le médecin généraliste est le maillon central de la prise en charge du patient. Il est le soignant de premier recours et l'acteur principal de nombreux dépistages.

La gériatrie occupe une grande place dans l'activité de médecine générale. La population vieillit ; au 1er janvier 2018 (80), les personnes de 65 ans et plus représentent 19,6% de la population française.

Les troubles de la déglutition s'expriment par des symptômes frustrés au sein de la population âgée qu'il faut apprendre à repérer.

La prise en charge gériatrique des troubles de la déglutition englobe la prévention de la survenue de complications, le maintien d'apports nutritionnels corrects tout en promouvant une qualité de vie optimale.

Au vu de la prévalence importante des troubles de la déglutition dans cette population, les internes de médecine générale soignent régulièrement des patients souffrant de dysphagies oro-pharyngées, lors des stages en hospitalier ou en libéral.

La formation théorique durant l'externat est réalisée en parallèle durant les cours d'ORL et de gériatrie. La formation pratique s'acquiert durant les stages d'externat et d'internat.

Les internes de médecine générale étant les médecins généralistes de demain, il semble important de s'intéresser à leur prise en charge face à des patients souffrant de dysphagie oro-pharyngée.

## **3. Objectif de l'étude**

L'objectif principal de cette étude était d'évaluer la prise en charge des troubles de la déglutition chez la personne âgée exprimée par les internes de médecine générale de Caen.

Leur prise en charge était-elle conforme avec leur appréciation d'avoir une prise en charge adaptée par rapport aux éléments retrouvés dans la littérature ?

## MATERIEL ET METHODE

Il s'agissait d'une étude prospective, quantitative et descriptive portant sur la prise en charge des troubles de la déglutition des personnes âgées par les internes de médecine générale de la faculté de médecine de CAEN, en Normandie.

### **1. Période et population de l'étude**

L'étude a été réalisée de septembre à octobre 2018.

La population visée était constituée de tous les internes de médecine générale inscrits à la faculté de médecine de CAEN en août 2018, qui avaient accepté de répondre au questionnaire et pour lesquels on disposait de l'ensemble des réponses.

### **2. Support de l'étude : le questionnaire**

Le questionnaire était constitué de 38 questions : (Annexe 2)

- 35 questions à choix simples ou multiples. Les questions étaient majoritairement des questions fermées afin de faciliter les réponses au questionnaire et les statistiques.
- 3 questions ouvertes où le répondant pouvait librement proposer une réponse

#### ***Thèmes abordés***

Le questionnaire interrogeait les internes sur leurs rapports avec les troubles de la déglutition des personnes âgées : sentiment de compétence, réalisation de test de déglutition, information de l'entourage et orientation du patient.

Il existait des questions précises concernant les facteurs de risques de troubles de la déglutition ainsi que les adaptations à mettre en place face à une dysphagie oro-pharyngée.

Les cinq dernières questions portaient sur l'identité des répondants : sexe, année d'internat, formation sur le sujet et activités professionnelles choisies.

#### ***Cas clinique***

Le questionnaire a été intégré au sein d'un cas clinique permettant une mise en situation et un questionnaire moins académique. Le récit était purement imaginaire.

### **3. Support d'information**

La plaquette « Détection et prise en charge des troubles de la déglutition chez le sujet âgé hospitalisé » réalisée par l'AP-HP en août 2013, était disponible à la fin du questionnaire. (Annexe 3).

L'autorisation d'utilisation et de diffusion de ce document a été obtenue par mail auprès de l'auteure V. RUGLIO.

#### **4. Protocole de l'étude**

Le questionnaire a été validé par 3 gériatres du CENTRE HOSPITALIER de LISIEUX puis testé avant diffusion par deux internes de la faculté de médecine de NANTES.

Le questionnaire a ensuite été envoyé par courrier électronique sous la forme d'un lien permettant d'accéder directement au questionnaire hébergé sur la plate-forme LIMESURVEY.

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

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

Auparavant, une autorisation de conformité avait été signée avec la faculté.

#### **5. Recherche documentaire**

La recherche documentaire initiale a été effectuée sur des bases de données bibliographiques par l'intermédiaire de sites internet des sociétés savantes compétentes dans le domaine (Medline/Pubmed, Cismef, Lissa, Sudoc...), la lecture de revues et demande de thèses ou d'articles à la bibliothèque universitaire de la faculté de médecine de CAEN.

#### **6. Analyse statistique des données**

L'ensemble des réponses a subi une analyse statistique descriptive. Les résultats sont exprimés en valeur absolue et parfois en pourcentage.

Afin d'évaluer la compétence des répondants par rapport à leur sentiment de compétence, une sélection de 10 questions du questionnaire dont les réponses ne sont pas controversées a été réalisée. La liste est disponible en annexe 4.

Une note sur 10 a été attribuée à chaque interne ayant répondu au questionnaire en entier. Une réponse fautive ou une réponse « ne sait pas » enlevait un point.

Une moyenne a été réalisée par groupe de « sentiment de compétence » afin de pouvoir les comparer sur un logiciel tableur.

Afin d'évaluer s'il existait une différence significative entre les scores des internes classés par niveau de compétence, un test statistique WILCOXON-MANN-WHITNEY a été réalisé sur le site « BiostaTGV » en divisant les internes en 2 catégories distinctes :

- Sentiment d'être « Compétents » ou « Plutôt compétents »
- Sentiment d'être « Assez compétents », « Peu compétents » ou « Pas compétents »

Le seuil de signification choisi était  $p < 0,05$ .

# RESULTATS

## 1. Diagramme de flux et population de l'étude

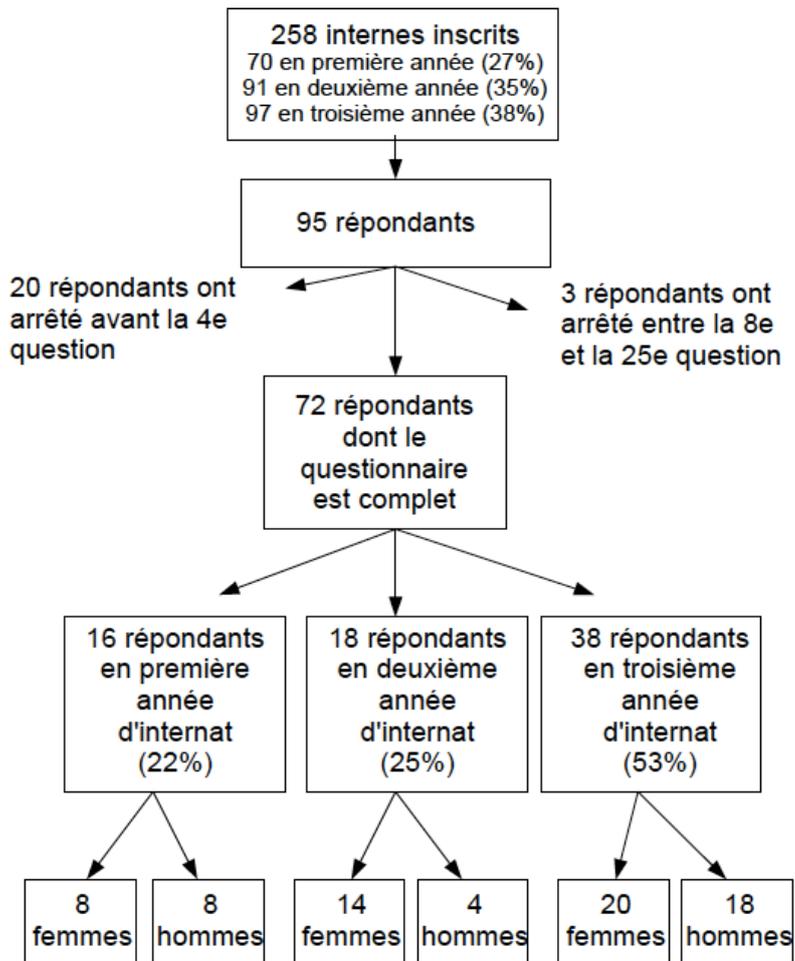


Figure 8 : Diagramme de flux et population de l'étude

L'analyse statistique incluait uniquement les 72 répondants complets.

Les répondants inclus dans l'analyse statistique étaient 42 femmes (58%) et 30 hommes (42%) et correspondaient à 28% des internes inscrits à la faculté.

La formation des répondants était majoritairement l'expérience en stage pour 62 d'entre eux (86%), puis la formation en stage par un sénior ou un para-médical (n=27), mais aussi les cours à la faculté (n=12) et le DESC de gériatrie (n=1).

Les répondants souhaitaient s'orienter pour 58 d'entre eux (80%) vers de la médecine libérale, 9 vers de l'activité mixte salariée-libérale, 6 vers les urgences, 5 dans un service hospitalier, 3 en gériatrie, 1 vers la PMI ou médecine scolaire et 2 répondants étaient sans avis.

## 2. Analyse descriptive

### Sentiment de compétence et expérience

- *Compétence*

Parmi les 72 internes ayant répondu complètement au questionnaire, 1 seul se sentait « compétent » face aux troubles de la déglutition des personnes âgées (1,4%), 11 se sentaient « plutôt compétents » (15%), 30 « assez compétents » (42%), 26 « peu compétents » (36%) et 4 non compétents (5,6%). (Figure 9)

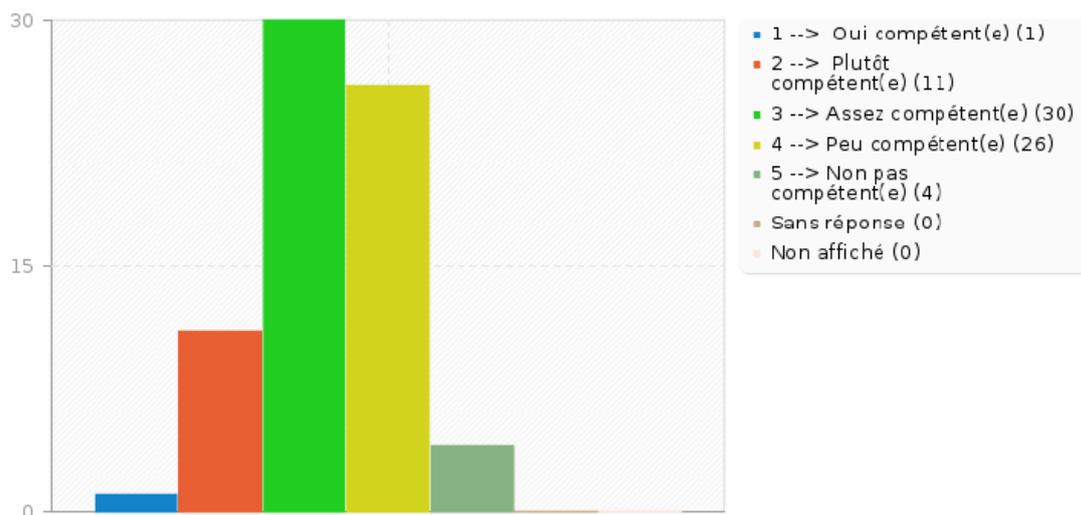


Figure 9 : Diagramme répondant à la question : "Vous sentez-vous compétent(e) face aux troubles de la déglutition des personnes âgées ?"

Les internes répondants compris dans l'analyse statistique ont été classés selon leur année d'internat et leur niveau de sentiment de compétence dans le tableau 4.

Tableau 4 : Sentiment de compétence des répondants par rapport à leur année d'internat.

Année d'internat →	1e année		2e année		3e année	
	n	%	n	%	n	%
Oui compétent	0	0,0	0	5,6	1	28,9
Plutôt compétent	0		1		10	
Assez compétent	5	31,3	12	66,7	13	34,2
Peu compétent	10	68,8	5	27,8	11	36,8
Non pas compétent	1		0		3	
Total	16		18		38	

- *Tests de déglutition*

Au moins un test de dépistage clinique de la déglutition était connu par 28 internes (39%) mais 55 n'en avaient jamais vu ni réalisé (76%).

## **Adaptations environnementales et posturales**

Manger devant la télévision augmentait les fausses-routes pour 55 internes sur les 72 analysés (77%).

La position assise avec la tête penchée en avant n'était pas un facteur de risque de fausses-routes pour 40 répondants (56%).

La position allongée augmentait les fausses-routes pour 68 des répondants (94%).

Quatre-vingt dix pour cent des répondants (n=65) pensaient que le soignant devait être assis pour faire manger le patient.

Bien remplir les verres ne faisait pas partie des conseils donnés par 55 répondants (76%).

Les verres canards étaient préconisés par 50 répondants (69%) contre 32 pour les verres à encoche nasale (44%).

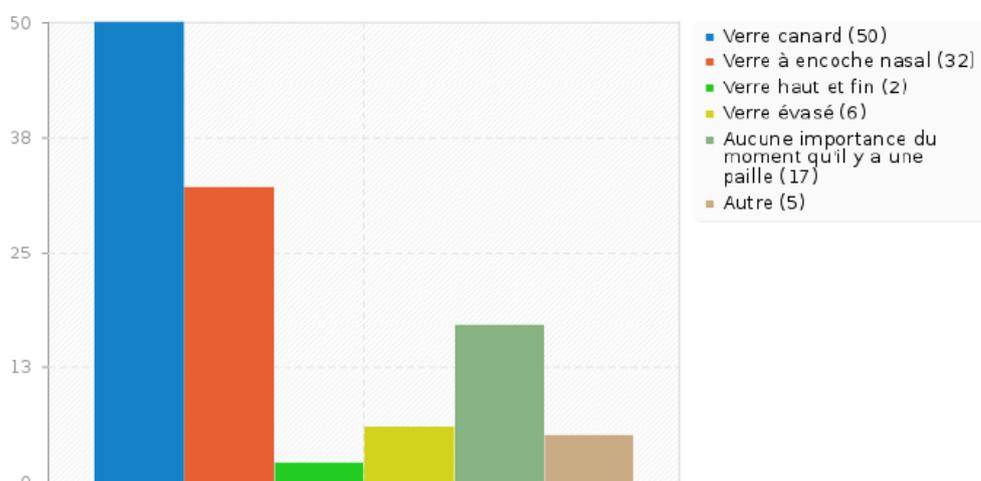


Figure 10 : Diagramme répondant à la question : "Quel(s) verre(s) préconisez-vous en cas de troubles de la déglutition ?"

## **Adaptations alimentaires**

- *Les recommandations*

Un repas copieux augmentait les fausses-routes selon 40 répondants (56%).

Trente-neuf répondants analysés ne supprimaient pas la viande au profit des œufs et du poisson (54%), 34 conseillaient de lier les aliments avec des sauces et des corps gras (47%), 60 ne conseillaient pas de privilégier les coquillettes et les petits pois (83,5%) et seulement 14 conseillaient de cuisiner plus épicé (20%).

L'appareil dentaire au moment des repas était toujours nécessaire pour 51 des répondants analysés (70%).

- *Les textures*

Pour 55 répondants analysés (76%), mouliner tous les repas était la première action à mettre en œuvre face à des troubles de la déglutition

La proposition qui classait les textures d'un repas du plus solide au plus lisse « Haché > Mouliné > Mixé » a été sélectionnée par 35 répondants dont les réponses ont été analysées (49%) et 34 répondants (47%) ont inversé les textures « mixée » et « moulinée ».

- *L'hydratation*

Soixante-trois répondants inclus dans l'analyse statistique (87%) conseillaient de favoriser l'eau pétillante en cas de troubles de la déglutition.

Quarante-huit répondants inclus dans l'analyse statistique (67%) pensaient que l'eau pouvait être à température ambiante.

Seulement 26 répondants inclus dans l'analyse statistique (39%) savaient que diluer du sirop (type grenadine) dans l'eau était utile

Vingt-huit répondants inclus dans l'analyse statistique (39%) ne conseillaient pas d'épaissir les liquides (café, soupe) avec du pain alors que 16 le conseillaient (22%).

- *L'eau gélifiée*

L'eau gélifiée n'était pas le premier choix en matière d'hydratation face aux fausses-routes selon 54 répondants (75%). Ils étaient 64 (89%) à savoir que l'eau gélifiée pouvait être aromatisée.

## ***Autres éléments de prise en charge***

- *La sonde naso-gastrique*

Cinquante répondants dont les résultats ont été analysés (69%) savaient qu'une sonde naso-gastrique n'évitait pas les fausses routes.

- *Conduite à tenir face à une fausse-route*

Quatre-vingt douze pour cent des répondants encourageaient le patient à tousser lors d'une fausse-route et 86% ne conseillaient pas de le faire boire.

- *Les thérapeutiques à réévaluer*

Tableau 5 : Réponses aux questions : "Quels traitements seraient à réévaluer chez un patient ayant des troubles de la déglutition ?"

	OUI		NON		Ne sait pas	
	n	%	n	%	n	%
PAROXETINE	n=35	48,5%	n=17	23,5%	n= 20	28%
TOLDERODINE	n=22	31%	n=14	19%	n= 36	50%
ROPINIROLE	n=30	42%	n=8	11%	n=34	47%
ALPRAZOLAM	n=67	93%	n=2	3%	n=3	4%

### ***Autres propositions ou autres prise en charge découverts lors des stages***

Une question ouverte permettait aux internes de proposer d'autres éléments de prise en charge.

Les réponses qui n'étaient pas auparavant évoquées dans le questionnaire étaient :

- « Selon le coté de l'AVC, se positionner du coté opposé (permet que l'oropharynx soit mieux en place pour la déglutition) »
- « Consultation ORL déglutition »
- « Fractionnement des repas pour diminuer la fatigue

Solliciter l'alimentation par soi-même pour augmenter l'attention

Privilégier les repas en fonction des goûts »

- « Toujours vérifier les traitements »

### ***Communication***

- *Information*

Tous les répondants jugeaient utile d'informer les soignants de la présence des troubles de la déglutition, lors de l'entrée en EHPAD ou changement de service hospitalier. En pratique, 60 répondants (84%) pensaient « souvent » (31%) ou « toujours » (53%) à informer les soignants.

- *Prise en charge multiprofessionnelle*

Cinquante-quatre internes répondants (75%) orientaient en priorité vers un orthophoniste, 10 vers un gériatre (14%), 4 vers un kinésithérapeute (4%), 3 vers une diététicienne (4%), aucun vers l'ergothérapeute ou le pharmacien.

Un répondant a laissé un commentaire : « L'accès le plus simple est la diététicienne, délais trop long pour orthophoniste ou ergothérapeute, impossible à trouver ».

### 3. Lien entre compétences et « sentiment de compétence »

L'interne qui se sentait « compétent » face aux troubles de la déglutition des personnes âgées a répondu correctement à 9 des 10 questions choisies pour l'évaluation. Il était formé par le DESC de gériatrie.

Les autres résultats sont présentés dans la figure 11.

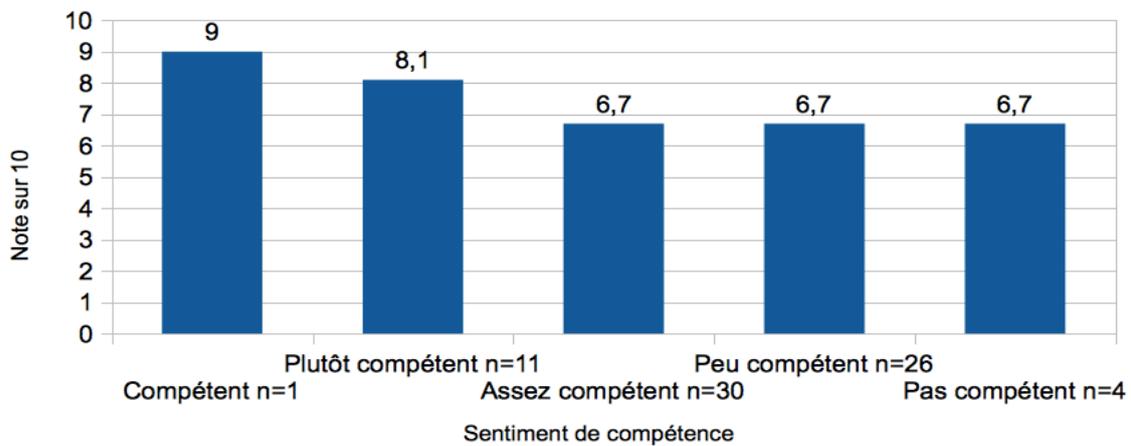


Figure 11 : Moyenne du score permettant l'évaluation des compétences des internes en fonction de leur sentiment de compétence.

Le test de Wilcoxon-Mann-Whitney a montré une différence statistiquement significative ( $p = 0,004$ ) du score entre les internes se considérant comme compétents (sentiments d'être « Compétents » ou « Plutôt compétents ») et les autres (sentiments d'être « Assez compétents », « Peu compétents » ou « Pas compétents ») lorsqu'on les regroupe en deux classes distinctes.

## DISCUSSION

### **1. Résultat principal**

L'objectif principal de cette étude était d'évaluer si la prise en charge des troubles de la déglutition chez la personne âgée exprimée par les internes de médecine générale de Caen était conforme avec leur appréciation d'avoir une prise en charge adaptée aux éléments retrouvés dans la littérature.

Le résultat principal de cette étude suggérait que les internes, dont les réponses ont été analysées, avaient une bonne appréciation de leur compétence en rapport avec la prise en charge des troubles de la déglutition des personnes âgées. En effet, les répondants qui se sentaient « Compétents » ou « Plutôt compétents » avaient obtenu une moyenne différente, statistiquement significative, de ceux ayant répondu « Assez compétents », « Peu compétents » ou « Pas compétents ».

### **2. Commentaires sur l'échantillon**

Sur les 95 répondants au total, 20 ont abandonné avant la 4<sup>e</sup> question. Les hypothèses devant ce taux d'abandon important sont que le questionnaire était trop long, les questions mal posées, le manque d'intérêt ou la sensation de manque de compétence pour le sujet.

Cependant, dans les questionnaires non entièrement complétés, 10 internes ont répondu à la question du « sentiment de compétence », 3 se sentaient « Plutôt compétents », 4 « Assez compétents » et « « Peu compétents » ce qui est globalement comparable à ceux ayant répondu au questionnaire de façon globale.

Les répondants analysés étaient en majorité en 3<sup>e</sup> année d'internat (53%). Ils sont plus conscients de l'importance de répondre aux questionnaires de thèses car ils sont concernés eux aussi à cette problématique de fin de cursus. Par ailleurs, cela crée un biais car étant en dernière année d'internat de médecine générale, ils sont plus expérimentés de façon générale et dans le domaine des troubles de la déglutition. Comme le montre le tableau 4, leur sentiment de compétence est meilleur. Nous n'avons pas fait de test statistique sur la correspondance entre leur sentiment de compétence et leur niveau de compétence évalué sur ce critère d'année d'internat car ce n'était pas l'objectif principal de cette étude.

### **3. Comparaison avec la littérature**

Il existe peu de littérature sur les compétences et la prise en charge des troubles de la déglutition des personnes âgées par les internes de médecine générale ou les médecins généralistes.

En 2016, une thèse d'exercice de médecine était intitulée « *Prise en charge des troubles de la déglutition chez les patients âgés par les médecins généralistes picards* » (81). Elle était composée de 132 répondants dont 45% étaient âgés de moins de 35 ans.

Plusieurs mémoires en vue de l'obtention du certificat de capacité d'orthophoniste possédaient des informations sur la prise en charge des troubles de déglutition par les

soignants, principalement les infirmiers et aides-soignants. La plupart de ces mémoires avaient des effectifs de population peu importants.

Le mémoire de Léa PINEAU (82), réalisé en 2014, s'intitulant « *Elaboration d'un livret d'information sur les troubles de la déglutition de la personne âgée et sur les aménagements possibles, à destination des soignants de services de gériatrie* » comportait une évaluation de 108 soignants (62% d'aides-soignants et 31% d'infirmiers).

### **Sentiment de compétence et formation**

Dans la thèse de médecine de N. PIERRE-LOUIS (81), le niveau de connaissance déclaré des médecins à propos des troubles de la déglutition semblait comparable aux chiffres retrouvés dans notre questionnaire. Ils sont représentés dans le tableau 6.

Tableau 6 : Comparaison des "sentiments de compétence" des internes de notre étude avec les "niveaux de connaissance" des médecins de la thèse de N. PIERRE-LOUIS.

<b>Sentiment de compétence</b>	<b>%</b>	<b>Niveau de connaissance</b>	<b>%</b>
Compétent	1,4	Très bon	1
Plutôt compétent	15	Bon	10
Assez compétent	42	Moyen	71
Peu compétent	36		
Pas compétent	5,6	Mauvais	18

Les médecins généralistes picards expliquaient leur niveau de connaissance insuffisant surtout par l'absence de formation sur le sujet pour 33% d'entre eux.

La source de connaissance principale était la pratique et l'expérience professionnelle selon 56% des médecins, c'était aussi la formation principale dans ce domaine selon les internes de notre questionnaire (86%).

Par ailleurs, dans le mémoire pour l'obtention du certificat de capacité d'orthophoniste de P. RAPIN (69) s'intitulant « *Démarche d'éducation pour la santé concernant les troubles de la déglutition* », les soignants expliquaient que leur expérience professionnelle palliait les défauts de formation initiale dans le domaine des troubles de la déglutition.

### **Compétences évaluées**

Le questionnaire comportait 33 questions de prise en charge concrète en rapport avec les troubles de la déglutition des personnes âgées. Aucun interne n'a répondu correctement à toutes les questions.

Cependant les notes obtenues aux 10 questions sélectionnées étaient satisfaisantes et supérieures à la moyenne.

- *Adaptations environnementales et posturales*

Dans la thèse de N. PIERRE-LOUIS, la posture prévenant le mieux les troubles de la déglutition pour 67% des médecins généralistes était « assis buste droit, menton fléchi sur la poitrine ». Dans le mémoire de L. PINEAU, 89% des soignants estimaient que la position avec la tête penchée en avant était adaptée aux troubles de la déglutition.

Cela était discordant avec notre étude. En effet, seulement 53% des internes dont les réponses ont été analysées avaient répondu correctement à la question : « La position assise tête penchée en avant augmente-t-elle les fausses routes ? ». La rédaction de la question était peut-être trompeuse car on ne cherchait pas les facteurs évitant les fausses-routes mais les facteurs favorisant les fausses-routes.

Cependant, dans le mémoire de P. RAPIN, seulement 3 soignants sur 22 proposaient spontanément la position de flexion de la tête en avant lors de dysphagie oro-pharyngée.

On remarque des connaissances erronées des soignants en général à propos des aides instrumentales dans le domaine des troubles de la déglutition. Concernant les verres, l'utilisation de verre à encoche nasale faisait parti des mesures à mettre en place au cours d'un repas en cas de difficulté à avaler les liquides pour seulement 21% des médecins généralistes picards interrogés alors que plus de 46% des internes le recommandaient.

Malheureusement, 43% des médecins généralistes recommandaient les verres à bec, 69% des internes de notre étude et 22% des soignants de gériatrie dans le travail de L. PINEAU. De plus, les pailles étaient recommandées par 46% des médecins généralistes picards, 38% des soignants de gériatrie et 24% des internes de notre étude.

En pratique, les verres à bec et les pailles sont encore proposés dans de nombreux services hospitaliers par des paramédicaux non formés dans le domaine, ce qui a pu influencer les réponses des internes de l'étude.

La question de notre étude concernant le dentier était discutable. En effet, 70% des internes pensaient qu'il était toujours nécessaire au moment des repas. Cependant, lorsque l'appareil dentaire n'est plus adapté à la dentition du patient, celui-ci est plus délétère que bénéfique. La question ne précisait pas l'état d'adaptation du dentier du patient.

- *Adaptations alimentaires*

Pour 18% des médecins picards répondants, les aliments qui stimulaient la sensibilité buccale (épicé, salé, poivré, acide...) sont à risque de troubles de la déglutition alors que 20% des internes de notre étude conseillaient de cuisiner plus épicé afin de diminuer les troubles de la déglutition. On note un manque de connaissance dans les adaptations alimentaires à mettre en place lors de dysphagies oro-pharyngées et qui sont généralement bien acceptées par les patients (83).

Les aliments en grains ou de petite taille faisaient parti des aliments à risque de troubles de la déglutition pour 75% des médecins généralistes picards répondants et pour 86% des internes de notre étude. Cependant, seulement 49% des internes répondant conseillaient de lier les aliments avec des sauces ou des corps gras.

Par ailleurs, on remarque que la décision de modifier la texture des repas des patients est initiée de façon assez systématique par les internes. Soixante-treize pour cent conseillaient de mouliner les repas en première intention, alors que cette décision devrait être prise après évaluation de la déglutition du patient et ne comporte pas que des effets bénéfiques (84). Dans la thèse de médecine de V. NUSS (85), analysant les caractéristiques de patients en gériatrie en fonction de leur régime alimentaire, 33% des patients subissaient une alimentation à texture modifiée sans indication claire.

Concernant l'hydratation, les mesures à mettre en place en cas de difficulté à avaler étaient un épaississant pour 80% des médecins picards alors que 75% des internes répondants ne considéraient pas l'eau gélifiée comme premier choix en matière d'hydratation. Or, nous savons que cette adaptation n'est souvent pas bien acceptée par les patients (59) et que l'épaississement de l'eau à domicile représente un coût pour les patients.

Les internes semblaient mieux informés en matière d'eau pétillante. Ils étaient 87% à la favoriser contre seulement 28% des médecins picards.

La température des liquides n'était pas connue comme facteur limitant les troubles de la déglutition, en effet, 16% des médecins picards conseillaient des liquides tempérée et 67% des internes acceptaient l'eau à température ambiante. Tandis que dans un mémoire d'orthophoniste (86), 5 soignants de gériatrie interrogés sur 6 conseillaient une température de liquide froide afin de faciliter la déglutition.

Le classement des différentes textures était erroné pour la moitié des internes répondants. Cela est probablement dû à un problème de connaissance mais surtout à une absence de généralisation des termes. En effet, les termes « mouliné » et « mixé » peuvent varier d'une structure accueillant des personnes âgées à une autre. L'harmonisation très récente des termes devrait aider à bien différencier les régimes alimentaires (68).

- *Les traitements*

La connaissance des médecins pour les thérapeutiques interférant la déglutition était variable selon les classes de médicaments. Onze pour cent des médecins généralistes picards disaient ignorer quelle classe pouvait aggraver des troubles de la déglutition, contre 42% des internes de notre étude pour différentes classes hormis pour les benzodiazépines où ils n'étaient que 4% à l'ignorer.

Nos résultats étaient relativement comparables avec ceux retrouvés dans la thèse de N. PIERRE-LOUIS. Ils sont présentés dans le tableau 7.

*Tableau 7 : Proportion des répondants connaissant les effets délétères des classes thérapeutiques suivantes dans les troubles de la déglutition*

	Médecins picards	Internes de Caen
Antispasmodiques	12%	31%
Anti-dépresseurs	63%	48,5%
Neuroleptiques	89%	93%

L'effet sédatif des neuroleptiques, pouvant entraîner des troubles de la déglutition, est bien connu par les répondants. Par contre, les propriétés anti-cholinergiques de certaines classes de traitements semblent moins évidentes pour les médecins ou internes des deux études.

- *La pluridisciplinarité*

Les spécificités de chacun des professionnels de santé ne sont pas toujours bien appréhendées par les autres corps de métiers, et, en l'absence de coordination, peuvent apparaître divergentes ou rivales (87).

De nombreux travaux de recherche sont réalisés par les orthophonistes dans le domaine des troubles de la déglutition. Dans un mémoire de l'un d'entre eux (88), sur la coordination des patients dysphagiques à domicile, 47% des médecins généralistes répondants adressent les patients à d'autres thérapeutes dont 96% à des orthophonistes.

Dans la thèse de médecine de N. PIERRE-LOUIS, 95% des médecins généralistes estiment avoir leur place dans la prise en charge des troubles de la déglutition et 97% font appel à d'autres professionnels de santé dont l'orthophoniste dans 28% des cas.

Dans notre étude, 75% des internes orientaient en priorité le patient vers l'orthophoniste avec pour réserve des délais longs de prise en charge par ces derniers. Ce frein à trouver un orthophoniste disponible et acceptant de prendre en charge à domicile ou en hospitalier, un patient avec une dysphagie oro-pharyngée avait été aussi relevé par les soignants d'HAD lors du mémoire de V. DELBART-BRIEDEN (89).

Dans un autre mémoire réalisé par une orthophoniste (86), contrairement au groupe suivi par l'orthophoniste seul, la prise en charge de patients ayant des troubles de la déglutition par l'orthophoniste en association avec les soignants d'une unité de gériatrie avait permis l'amélioration des ingestas des patients, de leur ressenti négatif à propos de leur trouble de la déglutition, de la diminution de la texture « mouliné fin » et de l'eau gazeuse remplacée par de l'eau plate.

Le travail pluridisciplinaire est donc à valoriser dans le domaine et le rôle de chaque professionnel de santé devrait être reprecisé aux soignants de façon générale.

- *La communication*

La prise en charge des troubles de la déglutition est globale. Elle nécessite un échange d'information entre soignants mais aussi envers le patient et son entourage.

Cette communication semblait correcte dans notre étude où 84% des répondants informaient « souvent » ou « toujours » les soignants du patient concerné.

Par ailleurs, dans le mémoire de L. PINEAU, 68% des soignants informaient « toujours » ou « souvent » les patients de la présence des troubles. S'ils ne les informaient pas, la cause évoquée était le manque de temps (46%) ou de connaissance (33%).

Dans un autre mémoire d'orthophoniste (88), 68% des patients disaient avoir été bien informés des troubles de la déglutition en sortant d'hospitalisation.

## ***Education thérapeutique des soignants et des aidants***

Dans notre étude, 56 répondants sur les 72 analysés se sentaient « assez » ou « peu » compétents. La formation théorique et probablement pratique des internes semble être insuffisante.

Dans la thèse de N. PIERRE-LOUIS, 92% des médecins interrogés pensaient que des recommandations étaient nécessaires sur le sujet en terme de prise en charge afin de standardiser les pratiques et pallier au manque d'information.

Dans le mémoire d'orthophoniste de V. DELBART-BRIEDEN, 96% des soignants d'HAD du Nord-Pas de Calais interrogés, voyaient un intérêt à participer à une formation dans le domaine des troubles de la déglutition et 100% étaient satisfaits de la formation reçue par l'orthophoniste à postériori.

Les orthophonistes ont leur place dans la formation des soignants dans le domaine des troubles de la déglutition et plusieurs mémoires d'orthophonistes proposaient l'élaboration d'outils informatifs à visée des soignants ou des aidants dans le domaine des troubles de la déglutition (69,82,89).

Les infirmiers et aides soignants, sont les soignants de première ligne face aux troubles de la déglutition dans les services hospitaliers et les résidences pour personnes âgées et leur formation semble importante (29).

Dans le mémoire de P. RAPIN, les patients souffrant de troubles de la déglutition et leurs familles interrogées jugeaient « utile » la réalisation de support d'information qui leur soit destiné dans le domaine des troubles de la déglutition. De multiples réalisations dont le livre « Vivre au quotidien avec des troubles de la déglutition » (90) rédigé par Mme. RUGLIO sont à destination des aidants et des patients dysphagiques.

Dans son mémoire pour l'obtention de la capacité d'orthophoniste, H. LEGRAS (91), a réalisé des ateliers d'information pour les patients souffrant de dysphagie oro-pharyngée et leurs aidants. Elle a remarqué sur l'échantillon de 7 familles, une amélioration du questionnaire EAT10 (dépistage de la dysphagie) dans 67% des cas et du ressenti des aidants dans 43% des cas, un mois après l'intervention. Un autre mémoire d'orthophoniste (40) a également montré une amélioration de la qualité de vie des patients après un programme d'éducation thérapeutique.

Au vu du sentiment de manque de connaissance et de l'efficacité ressentie des formations par les soignants et aidants, il semble important de continuer à éduquer la population concernée dans le domaine des troubles de la déglutition. L'INPES, a créé plusieurs livrets informatifs (92,93) destinés aux aidants des personnes âgées ou des professionnels de santé.

L'article du Dr PUISIEUX (29), sous forme de dossier, est à destination des médecins généralistes français dans *La Revue du Praticien Médecine Générale*. De façon complète et synthétique, il détaille le diagnostic, les complications, la prise en charge avec les ustensiles à utiliser et les stratégies de compensation à mettre en place. Nous n'avons pas trouvé de thèse ni d'articles visant à former les internes dans ce domaine précis.

#### **4. Limites de l'étude**

Cette étude était descriptive donc à faible niveau de preuve.

Les personnes âgées ne sont pas un groupe homogène de patients. De plus, le choix du cas clinique a pu influencer certains répondants.

La population n'était pas représentative des internes de médecine générale de la faculté de Caen car le taux de réponses au questionnaire complet est de 28% et les internes de troisième année étaient sur-représentés. La durée du recueil était relativement courte.

Les résultats étaient analysés à partir de réponses à un questionnaire. Il existait probablement une différence entre la pratique réelle et déclarée. L'écriture du questionnaire a pu influencer des réponses. En effet, les questions fermées et à choix multiples induisaient par déduction des réponses qui semblaient les plus acceptables.

Le choix des 10 questions pour la réalisation de score par niveau de sentiment de compétence était discutable.

A posteriori, le choix de la catégorie « assez compétent » aurait dû être enlevé. Il serait resté 4 catégories, ce qui aurait obligé les répondants à se classer dans ces 4 groupes. En effet, avec ce cinquième groupe, la répartition des répondants correspond à une courbe de Gauss et nous n'avons pas remarqué de différence de moyenne entre les groupes « Assez compétents » et « Peu compétents ».

La plaquette informative disponible à la fin du questionnaire aurait pu être réalisée par nos soins.

#### **5. Forces de l'étude**

Ce travail de thèse est original et inédit, nous n'avons trouvé aucune autre thèse ou article concernant la compétence des internes de médecine générale en rapport avec les troubles de la déglutition des personnes âgées.

Le questionnaire était réalisé sur le site LIMESURVEY. Celui-ci permettait la réalisation du questionnaire de façon officielle et réalisait les statistiques sans intervention humaine.

Les tests statistiques concluaient à des différences significatives.

La fiche explicative à la fin du questionnaire permettait d'encourager les répondants à poursuivre jusqu'à la fin du questionnaire et surtout de leur donner les réponses aux questions soulevées. Il permettait une information claire et rapide afin d'améliorer leur prise en charge future. Les internes répondants étaient satisfaits de cette fiche finale.

#### **6. Perspectives pour l'avenir**

Un travail de thèse similaire pourrait étudier les compétences des médecins généralistes normands, afin de voir si l'expérience professionnelle améliore le sentiment de compétence et/ou les compétences réelles et de les comparer avec celles des internes de

notre étude. La réalisation d'une étude dans une autre faculté permettrait de comparer les internes en fonction de leur formation durant leur cursus.

Au vue du sentiment de faible compétence des répondants et le manque de formation initiale dans le domaine, il semblerait intéressant d'organiser une intervention de formation auprès des internes durant leur cursus ou des médecins généralistes lors de formations médicales continues. Cette formation devrait être pluridisciplinaire avec l'intervention d'un orthophoniste. Elle permettrait de présenter les adaptations les moins connues des professionnels comme les aides instrumentales. Elle permettrait également d'initier ou de consolider une relation entre médecins et orthophonistes libéraux afin d'améliorer les prises en charge des patients dysphagiques à domicile.

Un travail de recherche pourrait être l'évaluation des compétences à priori et à postériori de cette formation afin de savoir si la diffusion de l'information permet une amélioration réelle des connaissances des médecins et de la prise en charge des patients.

Par ailleurs, un travail de recherche pourrait aussi consister à évaluer la fiabilité du score construit avec la sélection des 10 questions de prise en charge les moins controversées.

Enfin, la réalisation d'études quantitatives sur les différentes adaptations alimentaires (textures, positions...) semblent licites afin de valider ou non les prises en charges actuelles encore controversées.

## CONCLUSION

Compte-tenu de l'espérance de vie et de la présence de poly-pathologies dans nos populations, la prévalence des troubles de la déglutition est amenée à s'accroître. Les internes de médecine générale étant les futurs acteurs principaux de la coordination des soins des patients à domicile, ils doivent être compétents dans la prise en charge de cette pathologie.

Les internes de médecine générale ayant répondu au questionnaire avaient une bonne estimation de leur niveau de compétence dans la prise en charge des troubles de la déglutition des personnes âgées. Les connaissances globales étaient relativement satisfaisantes mais une formation dans le domaine paraît intéressante.

L'expérience au cours de l'internat semble être bénéfique sur le niveau de compétence dans le domaine des troubles de la déglutition.

Les adaptations alimentaires sont l'élément principal de la prise en charge des troubles de la déglutition à l'hôpital et en institution. Cependant, les adaptations instrumentales et posturales, moins répandues, sont aussi importantes à mettre en place.

De plus, les objectifs de prise en charge des dysphagies oro-pharyngées en gériatrie englobent de préserver la sécurité alimentaire et l'équilibre nutritionnel des patients mais aussi leur qualité de vie. Il est essentiel de leur proposer des adaptations optimales et personnalisées.

Professionnellement, ce travail de recherche nous a permis d'approfondir un domaine de connaissance qui attirait notre curiosité. Humainement, cette thèse nous a permis de réfléchir sur le vécu des patients et la place de chacun par rapport aux troubles de la déglutition.

## BIBLIOGRAPHIE

1. Xavier Hebuterne, Alix E, Raynaud-Simon A, Vellas B. Traité de nutrition de la personne âgée Nourrir l'Homme malade. Springer.
2. Cot F, Desharnais G. La dysphagie chez l'adulte. Evaluation et traitement. Edisem. 1985.
3. Michel A. Prévalence, dépistage et caractéristiques des troubles de la déglutition dans une population âgée ambulatoire suivie en consultation mémoire. 7 sept 2015;96.
4. Forster A, Samaras N, Notaridis G, Morel P, Hua-Stolz J, Samaras D. Évaluation et dépistage des troubles de la déglutition en gériatrie. NPG Neurol - Psychiatr - Gériatrie. 1 avr 2013;13(74):107-16.
5. Woisard-Bassols V, Puech M. La réhabilitation de la déglutition chez l'adulte. Le point sur la prise en charge fonctionnelle. Solal. (Le monde du verbe).
6. Desport J-C, Jésus P, Fayemendy P, De Rouvray C, Salle J-Y. Évaluation et prise en charge des troubles de la déglutition. Nutr Clin Métabolisme. 1 déc 2011;25(4):247-54.
7. Collège national des enseignants de gériatrie. Gériatrie. 3e éd. Elsevier Masson; 2014. (Les référentiels des collèges).
8. Robbins J, Hamilton JW, Lof GL, Kempster GB. Oropharyngeal swallowing in normal adults of different ages. Gastroenterology. sept 1992;103(3):823-9.
9. Puisieux F, d'Andrea C, Baconnier P, Bui-Dinh D, Castaings-Pelet S, Crestani B, et al. Troubles de la déglutition du sujet âgé et pneumopathies en 14 questions/réponses. Rev Mal Respir. 1 juin 2009;26(6):587-605.
10. Netgen. Troubles de la déglutition de la personne âgée [Internet]. Revue Médicale Suisse. [cité 9 févr 2018]. Disponible sur: <https://www.revmed.ch/RMS/2010/RMS-265/Troubles-de-la-deglutition-de-la-personne-agee>
11. Ney DM, Weiss JM, Kind AJH, Robbins J. Senescent swallowing: impact, strategies, and interventions. Nutr Clin Pract Off Publ Am Soc Parenter Enter Nutr. juill 2009;24(3):395-413.
12. Lacau St Guily J, Périé S, Bruel M, Roubeau B, Susini B, Gaillard C. Troubles de la déglutition de l'adulte. Prise en charge diagnostique et thérapeutique. EMC - Oto-Rhino-Laryngol. 1 févr 2005;2(1):1-25.
13. Oral status and nutrition in the institutionalized elderly. - PubMed - NCBI [Internet]. [cité 16 avr 2019]. Disponible sur: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/?term=Oral+status+and+nutrition+in+the+institutionalized+elderly.+lamy>
14. InterClanGeri\_Recos Detection & pec trs deglut suj age etabl sante\_2011\_03.pdf [Internet]. [cité 7 mai 2019]. Disponible sur: [http://www.linut.fr/sites/default/files/files/Outils/InterClanGeri\\_Recos%20Detection%20%26%20pec%20trs%20degulut%20suj%20age%20etabl%20sante\\_2011\\_03.pdf](http://www.linut.fr/sites/default/files/files/Outils/InterClanGeri_Recos%20Detection%20%26%20pec%20trs%20degulut%20suj%20age%20etabl%20sante_2011_03.pdf)

15. Les troubles de la déglutition chez la personne âgée : physiologie, pathologie et prise en charge. [Internet]. Farmaka. [cité 27 juin 2018]. Disponible sur: <http://www.farmaka.be/fr/formulrinfo/contenu/les-troubles-de-la-deglutition-chez-la-personne-agee-physiologie-pathologie-et-prise-en-charge>
16. Pepersack T, Maes G, Allègre S, Praet J-P. Dysphagia: a geriatric syndrome? *Geriatr Psychol Neuropsychiatr Vieil*. 1 déc 2016;14(4):371-6.
17. Allepaerts S, Delcourt S, Petermans J. Personnes âgées et troubles de la déglutition: une approche pluridisciplinaire. *Rev Médicale Liège*. juin 2014;69(5-6):349-56.
18. Ekberg O, Feinberg MJ. Altered swallowing function in elderly patients without dysphagia: radiologic findings in 56 cases. *Am J Roentgenol*. 1 juin 1991;156(6):1181-4.
19. ALLEPAERTS S, DELCOURT S, PETERMANS J. Les troubles de la déglutition du sujet âgé : un problème trop souvent sous-estimé. *Rev Médicale Liège*. 2008;63:715-21.
20. Landrin I, Capet C, Menager C. 21 - Fausses routes: Dépistage des troubles de la déglutition et prévention des pneumopathies d'inhalation. In: Trivalle C, éditeur. *Gérontologie Préventive* (3e édition) [Internet]. Paris: Content Repository Only!; 2016 [cité 9 févr 2018]. p. 317-30. Disponible sur: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/B9782294746147000210>
21. Madhavan A, LaGorio LA, Crary MA, Dahl WJ, Carnaby GD. Prevalence of and Risk Factors for Dysphagia in the Community Dwelling Elderly: A Systematic Review. *J Nutr Health Aging*. 2016;20(8):806-15.
22. Allepaerts S, Delcourt S, Wislez S, Boman X, Magne J, Petermans J. [Promoting factors of laryngeal penetrations in elderly]. *Geriatr Psychol Neuropsychiatr Vieil*. mars 2011;9(1):45-50.
23. Roden DF, Altman KW. Causes of Dysphagia Among Different Age Groups: A Systematic Review of the Literature. *Otolaryngol Clin North Am*. 1 déc 2013;46(6):965-87.
24. Guyomard V, Fulcher RA, Redmayne O, Metcalf AK, Potter JF, Myint PK. Effect of Dysphasia and Dysphagia on Inpatient Mortality and Hospital Length of Stay: A Database Study. *J Am Geriatr Soc*. 57(11):2101-6.
25. Kalf JG, de Swart BJM, Bloem BR, Munneke M. Prevalence of oropharyngeal dysphagia in Parkinson's disease: a meta-analysis. *Parkinsonism Relat Disord*. mai 2012;18(4):311-5.
26. MARTEL J. Dysphagie iatrogénique. *janv 2001;34(1):11-5*.
27. Etat des lieux de la consommation des benzodiazépines - Point d'Information - ANSM : Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé [Internet]. [cité 18 juill 2018]. Disponible sur: <http://ansm.sante.fr/S-informer/Points-d-information-Points-d-information/Etat-des-lieux-de-la-consommation-des-benzodiazepines-Point-d-Information>

28. Forster A, Samaras N, Gold G, Samaras D. Oropharyngeal dysphagia in older adults: A review. *Eur Geriatr Med.* 1 déc 2011;2(6):356–62.
29. Puisieux F. Troubles de la déglutition du sujet âgé. Informer et guider les aidants est crucial. *Janv 2016;30(954):65–70.*
30. DePippo KL, Holas MA, Reding MJ. Validation of the 3-oz Water Swallow Test for Aspiration Following Stroke. *Arch Neurol.* 1 déc 1992;49(12):1259–61.
31. Clavé P, Arreola V, Romea M, Medina L, Palomera E, Serra-Prat M. Accuracy of the volume-viscosity swallow test for clinical screening of oropharyngeal dysphagia and aspiration. *Clin Nutr.* 1 déc 2008;27(6):806–15.
32. Bertrand F, Pras P, Tardieux P-M. Urgences du sujet âgé. Masson. (Chapitre 19).
33. Loeb M, McGeer A, McArthur M, Walter S, Simor AE. Risk Factors for Pneumonia and Other Lower Respiratory Tract Infections in Elderly Residents of Long-term Care Facilities. *Arch Intern Med.* 27 sept 1999;159(17):2058–64.
34. Serra-Prat M, Palomera M, Gomez C, Sar-Shalom D, Saiz A, Montoya JG, et al. Oropharyngeal dysphagia as a risk factor for malnutrition and lower respiratory tract infection in independently living older persons: a population-based prospective study. *Age Ageing.* 1 mai 2012;41(3):376–81.
35. Cabré M, Serra-Prat M, Force L, Almirall J, Palomera E, Clavé P. Oropharyngeal Dysphagia is a Risk Factor for Readmission for Pneumonia in the Very Elderly Persons: Observational Prospective Study. *J Gerontol Ser A.* 1 mars 2014;69A(3):330–7.
36. Suominen M, Muurinen S, Routasalo P, Soini H, Suur-Uski I, Peiponen A, et al. Malnutrition and associated factors among aged residents in all nursing homes in Helsinki. *Eur J Clin Nutr.* avr 2005;59(4):578–83.
37. Veldee MS, Peth LD. Can protein-calorie malnutrition cause dysphagia? *Dysphagia.* 1992;7(2):86–101.
38. Volkert D, Beck AM, Cederholm T, Cruz-Jentoft A, Goisser S, Hooper L, et al. ESPEN guideline on clinical nutrition and hydration in geriatrics. *Clin Nutr [Internet].* 18 juin 2018 [cité 20 juill 2018]; Disponible sur: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0261561418302103>
39. Martin M. Étude de la qualité de vie à domicile de patients souffrant de dysphagie neurologique [Internet]. 2011 [cité 24 juill 2018]. Disponible sur: <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01307124/document>
40. Pronost L. Impact d'un programme spécifique d'éducation thérapeutique du patient sur la qualité de vie des personnes âgées dysphagiques [Internet]. 2011 [cité 24 juill 2018]. Disponible sur: <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01307024/document>
41. Chen P-H, Golub JS, Hapner ER, Johns MM. Prevalence of Perceived Dysphagia and Quality-of-Life Impairment in a Geriatric Population. *Dysphagia.* 1 mars 2009;24(1):1–6.

42. Ekberg O, Hamdy S, Woisard V, Wuttge–Hannig A, Ortega P. Social and Psychological Burden of Dysphagia: Its Impact on Diagnosis and Treatment. *Dysphagia*. 1 avr 2002;17(2):139–46.
43. Trivalle C. Fausses-routes : que faire avant, pendant, après ? *NPG Neurol - Psychiatr - Gériatrie*. août 2007;7(40):24–6.
44. Logemann JA. Evaluation and Treatment of Swallowing Disorders. *Am J Speech Lang Pathol*. 1 sept 1994;3(3):41–4.
45. Code de la santé publique | Legifrance [Internet]. [cité 7 mai 2019]. Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr/affichCode.do?idSectionTA=LEGISCTA000006171319&cidTexte=LEGITEXT000006072665>
46. Rasley A, Logemann JA, Kahrilas PJ, Rademaker AW, Pauloski BR, Dodds WJ. Prevention of barium aspiration during videofluoroscopic swallowing studies: value of change in posture. *Am J Roentgenol*. 1 mai 1993;160(5):1005–9.
47. Evidence-based systematic review: Oropharyngeal dysphagia behavioral treatments. Part III--impact of dysphagia treatments on populations with neuro... - PubMed - NCBI [Internet]. [cité 15 avr 2019]. Disponible sur: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/?term=Evidence-based+systematic+review%3A+Oropharyngeal+dysphagia+behavioral+treatments.+Part+III--impact+of+dysphagia+treatments+on+populations+with+neurological+disorders>
48. Logemann JA, Gensler G, Robbins J, Lindblad AS, Brandt D, Hind JA, et al. A Randomized Study of Three Interventions for Aspiration of Thin Liquids in Patients With Dementia or Parkinson’s Disease. *J Speech Lang Hear Res*. 1 févr 2008;51(1):173–83.
49. Welch MV, Logemann JA, Rademaker AW, Kahrilas PJ. Changes in pharyngeal dimensions effected by chin tuck. *Arch Phys Med Rehabil*. 1 févr 1993;74(2):178–81.
50. Chin-down posture effect on aspiration in dysphagic patients. - PubMed - NCBI [Internet]. [cité 16 avr 2019]. Disponible sur: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/?term=chin-down+posture+effect+on+Aspiration+in+Dysphagic+Patients>
51. Détection et prise en charge d’un trouble de déglutition neurologique - Revue Médicale Suisse [Internet]. [cité 26 sept 2018]. Disponible sur: <https://www.revmed.ch/RMS/2016/RMS-N-508/Detection-et-prise-en-charge-d-un-trouble-de-deglutition-neurologique>
52. RUGLIO V. Dysphagies oropharyngée du sujet âgé. Janvier 2015. Tome 29(933).
53. Groher ME. Bolus management and aspiration pneumonia in patients with pseudobulbar dysphagia. *Dysphagia*. 1 déc 1987;1(4):215–6.
54. Bobillier C, Morinière S. Etude des modifications du signal acoustique de la déglutition selon la texture des aliments au cours d’un repas. Tours, France: SCD de l’université de Tours; 2015.

55. Cormier D, Harper DW, O'Hara PA, Brillant C, Caissie D, Dubeau J, et al. Puréed diet: prevalence and reported reasons for use in a long-term care hospital. *J Can Diet Assoc.* 1994;55(3):121-4.
56. Groher ME, McKaig TN. Dysphagia and Dietary Levels in Skilled Nursing Facilities. *J Am Geriatr Soc.* 43(5):528-32.
57. BAPTISTE A, GINDRE POULVELARIE L, BONNABAU H, MASSOULARD A, VILLEMONTAIX C, JAVERLIAT V, et al. ANALYSE DE LA CONSOMMATION ALIMENTAIRE DE 87 PERSONNES ÂGÉES RÉSIDANT EN MAISON DE RETRAITE EN FONCTION DES TEXTURES DE L'ALIMENTATION. *Age Nutr.* 2011;22(3):128-33.
58. Namasivayam-MacDonald AM, Slaughter SE, Morrison J, Steele CM, Carrier N, Lengyel C, et al. Inadequate fluid intake in long term care residents: prevalence and determinants. *Geriatr Nur (Lond).* t;39(3):330-5.
59. Sura L, Madhavan A, Carnaby G, Crary MA. Dysphagia in the elderly: management and nutritional considerations. *Clin Interv Aging.* 2012;7:287-98.
60. Painter V, Le Couteur DG, Waite LM. Texture-modified food and fluids in dementia and residential aged care facilities. *Clin Interv Aging.* 2017;12:1193-203.
61. Comparison of 2 interventions for liquid aspiration on pneumonia incidence: a randomized trial. - PubMed - NCBI [Internet]. [cité 15 avr 2019]. Disponible sur: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/?term=Comparison+of+2+interventions+for+liquid+aspiration+on+pneumonia+incidence%3A+A+randomized+trial>.
62. Alagiakrishnan K, Bhanji RA, Kurian M. Evaluation and management of oropharyngeal dysphagia in different types of dementia: A systematic review. *Arch Gerontol Geriatr.* 1 janv 2013;56(1):1-9.
63. Cook IJ, Kahrilas PJ. AGA technical review on management of oropharyngeal dysphagia. *Gastroenterology.* 1 févr 1999;116(2):455-78.
64. Loeb MB, Becker M, Eady A, Walker-Dilks C. Interventions to Prevent Aspiration Pneumonia in Older Adults: A Systematic Review. *J Am Geriatr Soc.* 1 juill 2003;51(7):1018-22.
65. Hines S, McCrow J, Abbey J, Gledhill S. Thickened fluids for people with dementia in residential aged care facilities. *Int J Evid Based Healthc.* 8(4):252-5.
66. Flynn EP, Smith CH, Walsh CD, Walshe M. Modifying the consistency of food and fluids for swallowing difficulties in dementia. In: *The Cochrane Library* [Internet]. John Wiley & Sons, Ltd; 2014 [cité 17 juill 2018]. Disponible sur: <http://cochranelibrary-wiley.com/doi/10.1002/14651858.CD011077/full>
67. What is the IDDSI Framework? – IDDSI [Internet]. [cité 9 mai 2019]. Disponible sur: <https://iddsi.org/framework/>
68. RUGLIO V, GIRORD-TOUX M. Projet IDDSI pour une standardisation internationale des textures adaptées aux dysphagies. Traduction française des outils de l'IDDSI 2015. 271:191-217.

69. Rapin P, Linay J. Démarche d'éducation pour la santé concernant les troubles de la déglutition. [France]; 2009.
70. Krekeler BN, Broadfoot CK, Johnson S, Connor NP, Rogus-Pulia N. Patient Adherence to Dysphagia Recommendations: A Systematic Review. *Dysphagia*. 30 sept 2017;
71. Modulation of human swallowing behaviour by thermal and chemical stimulation in health and after brain injury. - PubMed - NCBI [Internet]. [cité 15 avr 2019]. Disponible sur: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12588471>
72. ORTEGA O, ROFES L, MARTIN A. A Comparative Study Between Two Sensory Stimulation Strategies After Two Weeks Treatment on Older Patients with Oropharyngeal Dysphagia | SpringerLink. [cité 16 avr 2019]; Disponible sur: <https://link.springer.com/article/10.1007/s00455-016-9736-4>
73. Sciortino KF, Liss JM, Case JL, Gerritsen KGM, Katz RC. Effects of Mechanical, Cold, Gustatory, and Combined Stimulation to the Human Anterior Faucial Pillars. *Dysphagia*. 1 févr 2003;18(1):16–26.
74. Pelletier CA, Lawless HT. Effect of Citric Acid and Citric Acid–Sucrose Mixtures on Swallowing in Neurogenic Oropharyngeal Dysphagia. *Dysphagia*. 1 oct 2003;18(4):231–41.
75. Sdravou K, Walshe M, Dagdilelis L. Effects of Carbonated Liquids on Oropharyngeal Swallowing Measures in People with Neurogenic Dysphagia. *Dysphagia*. 1 juin 2012;27(2):240–50.
76. Larousse É. Encyclopédie Larousse en ligne - alimentation entérale ou gavage ou nutrition entérale [Internet]. [cité 12 août 2018]. Disponible sur: [http://www.larousse.fr/encyclopedie/medical/alimentation\\_entérale/11057](http://www.larousse.fr/encyclopedie/medical/alimentation_entérale/11057)
77. Abrégé d'Hépatogastro-entérologie et de chirurgie digestive | SNFGE.org - Société savante médicale française d'hépatogastroentérologie et d'oncologie digestive [Internet]. [cité 12 août 2018]. Disponible sur: <https://www.snfge.org/content/abrege-dhepatogastro-enterologie-et-de-chirurgie-digestive>
78. Gomes Jr CA, Andriolo RB, Bennett C, Lustosa SA, Matos D, Waisberg DR, et al. Percutaneous endoscopic gastrostomy versus nasogastric tube feeding for adults with swallowing disturbances. In: The Cochrane Library [Internet]. John Wiley & Sons, Ltd; 2015 [cité 27 juin 2018]. Disponible sur: <http://cochranelibrary-wiley.com/doi/10.1002/14651858.CD008096.pub4/full>
79. Sampson EL, Candy B, Jones L. Enteral tube feeding for older people with advanced dementia. *Cochrane Database Syst Rev*. 15 avr 2009;(2):CD007209.
80. Le recensement de la population 2018 | Insee [Internet]. [cité 18 juill 2018]. Disponible sur: <https://www.insee.fr/fr/information/3311155>
81. Pierre-Louis N. Prise en charge des troubles de la déglutition chez les patients âgés par les médecins généralistes picards [Internet]. 2016 [cité 27 juin 2018]. Disponible sur: <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01398063/document>

82. Pineau L, Girault N, Gerentes F. Elaboration d'un livret d'information sur les troubles de la déglutition chez la personne âgée et sur les aménagements possibles, à destination des soignants des services de gériatrie. [France]; 2014.
83. Okkels SL, Saxosen M, Bügel S, Olsen A, Klausen TW, Beck AM. Acceptance of texture-modified in-between-meals among old adults with dysphagia. *Clin Nutr ESPEN*. 1 juin 2018;25:126-32.
84. Sakashita R, Takami M, Ono H, Nishihira T, Sato T, Hamada M. Preventing Aspiration Pneumonia Among the Elderly: A Review Focused on the Impact of the Consistency of Food Substances. In: *Interface Oral Health Science 2014* [Internet]. Springer, Tokyo; 2015 [cité 25 juill 2018]. p. 335-51. Disponible sur: [http://link.springer.com/chapter/10.1007/978-4-431-55192-8\\_29](http://link.springer.com/chapter/10.1007/978-4-431-55192-8_29)
85. Nuss V. Analyse des caractéristiques des patients hospitalisés en court séjour gériatrique ou en soins de suite et de réadaptation gériatrique selon le type de régime alimentaire : étude monocentrique prospective et descriptive de 65 cas [Internet]. [Dijon]; 2016 [cité 26 sept 2018]. Disponible sur: <http://www.sudoc.abes.fr/xslt/DB=2.1/SET=2/TTL=1/SHW?FRST=1>
86. Briand C, Marquis F. La Dysphagie en milieu hospitalier gériatrique: importance du partenariat orthophoniste-personnel soignant. [Paris, France]: Université Pierre et Marie Curie. UFR de médecine Pierre et Marie Curie; 2014.
87. Guatterie M, Lozano V. Problématiques de l'évaluation et du traitement de la dysphagie. *Kinésithérapie Rev*. 1 mars 2008;8(75):24-9.
88. Pastré B, Verpeaux L. Le patient dysphagique à domicile : parcours de soins, interventions thérapeutiques, coordination des prises en charge [Internet]. 2014 [cité 24 juill 2018]. Disponible sur: <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01081627/document>
89. Delbart Brieden V. Dépistage et prise en charge pluridisciplinaire des troubles de la déglutition du patient âgé et rôle de l'orthophoniste : action de prévention auprès des professionnels de l'Hospitalisation A Domicile en Nord Pas-de-Calais [En vue de l'obtention du Certificat de Capacité d'Orthophonie]. Lille; 2016.
90. Ruglio V. Vivre au quotidien avec des troubles de la déglutition: un guide pratique pour la personne âgée et son entourage : livret-guide. Marseille, France: Solal; 2012. 61 p.
91. Le Gras H, Tessier C, Tessier C, Martin L, Saulnier O, Université de Poitiers. UFR de médecine et de pharmacie. Elaboration d'un atelier à destination des patients ayant une dysphagie d'origine neurologique et de leur aidant informel pour une formation sur les troubles de la déglutition dans le cadre d'une vie à domicile. [France]; 2015.
92. Inpes - Catalogue - Le guide nutrition pour les aidants des personnes âgées - Édition 2015 [Internet]. [cité 25 juill 2018]. Disponible sur: <http://inpes.santepubliquefrance.fr/CFESBases/catalogue/detaildoc.asp?numfiche=941>
93. Inpes - Catalogue - Livret d'accompagnement destiné aux professionnels de santé. 2006. (Programme national nutrition santé).

94. Roy N, Stemple J, Merrill RM, Thomas L. Dysphagia in the Elderly: Preliminary Evidence of Prevalence, Risk Factors, and Socioemotional Effects. *Ann Otol Rhinol Laryngol.* 1 nov 2007;116(11):858-65.
95. Cabre M, Serra-Prat M, Palomera E, Almirall J, Pallares R, Clavé P. Prevalence and prognostic implications of dysphagia in elderly patients with pneumonia. *Age Ageing.* 1 janv 2010;39(1):39-45.
96. Nogueira D, Reis E. Swallowing disorders in nursing home residents: how can the problem be explained? *Clin Interv Aging.* 2013;8:221-7.
97. Bloem BR, Lagaay AM, van Beek W, Haan J, Roos RA, Wintzen AR. Prevalence of subjective dysphagia in community residents aged over 87. *BMJ.* 17 mars 1990;300(6726):721-2.
98. Serra-Prat M, Hinojosa G, López D, Juan M, Fabrè E, Voss DS, et al. Prevalence of Oropharyngeal Dysphagia and Impaired Safety and Efficacy of Swallow in Independently Living Older Persons. *J Am Geriatr Soc.* 59(1):186-7.
99. Kawashima K, Motohashi Y, Fujishima I. Prevalence of Dysphagia Among Community-Dwelling Elderly Individuals as Estimated Using a Questionnaire for Dysphagia Screening. *Dysphagia.* 1 nov 2004;19(4):266-71.

# ANNEXES

## Liste des annexes

- Annexe 1 : Tableau présentant les prévalences des troubles de la déglutition selon différentes études
- Annexe 2 : Questionnaire destiné aux internes, posté sur le site LIMESURVEY
- Annexe 3 : Fiche explicative disponible à la fin du questionnaire
- Annexe 4 : Liste des questions sélectionnées pour la réalisation du score d'évaluation des compétences des internes ayant répondu totalement au questionnaire.
- Annexe 5 : Tableaux avec les réponses aux 10 questions des répondants classés par sentiment de compétence.

**Annexe 1 :** Tableau présentant les prévalences des troubles de la déglutition selon différentes études.

Liens Bibliographiques :

1. ROY (94)
2. CABRE (95)
3. MADHAVEN (21)
4. NOGUEIRA (96)
5. BLOEM (97)
6. SERRA-PRAT (98)
7. KAWASHIMA (99)
8. CHEN (41)
9. MICHEL (3)
10. ALLEPAERTS (22)
11. KALF (25)
12. GUYOMARD (24)

Auteur de l'étude	Année	Pays	Lieu de vie	n	Age moyen	Moyen de dépistage	Prévalence
ROY	2007	EU	Domicile	117	76,1	Questionnaire	38% au cours de la vie 33% actuellement
CABRE	2010		Hospitalisation	134	> 85 ans	Test de déglutition à l'eau	55,00%
MADHAVEN	2016	Méta-analyse	Domicile	>75 ans avec un syndrome gériatrique			15,00%
NOGUEIRA	2013	Portugal	Maison de retraite	272	82 ans	Questionnaire de déglutition à l'eau 3 oz Water	43,00%
BLOEM		Pays Bas	Domicile	130	> 87 ans	Questionnaire	16,00%
SERRA PRAT	2012	Espagne	Domicile	254	78 ans	Test de déglutition à l'eau V-VST	27,00%
KAWASHIMA	2004	Japon	Domicile	1313	> 65 ans	Questionnaire	13,80%
CHEN	2009	EU	Résidence de vie autonome	120	> 65 ans	Questionnaire	15,00%
MICHEL (these)	2015	France	Domicile	117	81 ans avec démence	Test de déglutition à l'eau V-VST	86,6
ALLEPAERTS	2008	Belgique	Hospitalisation	127	80 ans	Naso-fibroscope	44,00%
KALF	2011	Méta-analyse				Maladie de Parkinson	82,00%
GUYOMARD	1997	Royaume-Unis	Hospitalisation post AVC	2983	78 ans		50,30%
	2001		Etude Rétrospective				

**Annexe 2** : Questionnaire destiné aux internes, posté sur le site LIMESURVEY

*Lors d'une consultation en autonomie au cours du stage dans le cabinet médical, vous recevez Edmond P. 88 ans, accompagné de son épouse Paulette P. 78 ans. Le principal antécédent d'Edmond est un AVC il y a 2 ans et il souffre de troubles cognitifs débutants. Sa femme vous signale qu'il « avale souvent de travers ».*

- 1) Vous sentez-vous compétent(e) face aux troubles de la déglutition des personnes âgées ? Oui non
- 2) Connaissez-vous un (ou des) test(s) de dépistage clinique des troubles de la déglutition ? Oui non
- 3) Avez-vous déjà réalisé ou observé un test de dépistage clinique des troubles de la déglutition ? Oui non

*Paulette vous demande ce qui augmente les fausses-routes d'Edmond au moment du repas.*

- 4) La position allongée ? Oui non
- 5) La position assise avec la tête penchée en avant ? Oui non
- 6) Un repas copieux ? Oui non
- 7) Manger avec la télévision pendant le repas ? Oui non

*Paulette vous interpelle à propos du dentier d'Edmond.*

- 8) Faut-il toujours mettre l'appareil dentaire au moment des repas ? Oui non

*Paulette a lu dans son magazine qu'il faudrait qu'elle « mouline tous les repas ».*

- 9) En première intention, êtes-vous d'accord avec cette proposition ? Oui non

*Cuisinière hors pair, Paulette se demande ce qu'elle peut proposer à Edmond afin de limiter les troubles.*

- 10) Supprimer la viande au profit des œufs et du poisson ? Oui non
- 11) Lier les aliments avec des sauces et des corps gras ? Oui non
- 12) Se méfier des coquillettes ou des petits pois ? Oui non
- 13) Cuisiner plus épicé ? Oui non

*L'été arrive en Normandie, il fait chaud et Edmond a soif. Paulette est inquiète car il tousse beaucoup après avoir bu.*

- 14) Quel(s) verre(s) préconise t-on pour Edmond ? QCM**
- \* verre canard
  - \* verre à encoche nasale
  - \* verre haut et fin
  - \* verre évasé
  - \* aucune importance du moment qu'il y a une paille
  - \* autre :

*Quels conseils donnez-vous à Paulette à propos de l'hydratation de son époux ?*

- 15) L'eau gélifiée est-elle le premier choix face aux fausses-routes ? Oui non

- |   |         |
|---|---------|
| 16) L'eau peut elle être à température ambiante ?                   | Oui non |
| 17) Diluer du sirop (type grenadine...) dans l'eau est il utile ?   | Oui non |
| 18) Doit-elle favoriser l'eau pétillante ?                          | Oui non |
| 19) Lui conseillez-vous de bien remplir les verres ?                | Oui non |
| 20) Peut-elle épaissir les liquides (café, soupe...) avec du pain ? | Oui non |

*Quelques mois plus tard, devant la perte d'autonomie d'Edmond et l'épuisement de son épouse, Edmond est entré à l'EHPAD du village.*

- 21) Pensez-vous à informer les soignants de la présence des troubles de déglutition ?
- Oui Toujours
  - Oui souvent
  - Oui De temps en temps
  - Rarement
  - Jamais

*Quels autres conseils donnez-vous aux soignants à son entrée ?*

- |  |         |
|--|---------|
| 22) Le soignant doit être assis pour faire manger le patient | Oui non |
| 23) L'eau gélifiée peut être aromatisée                      | Oui non |

*L'apprenti cuisinier de l'EHPAD vous demande la différence entre les textures.*

- 24) Quelle proposition classe les textures d'un repas du plus solide au plus lisse : (QRU)
- mouliné > haché > mixé
  - mouliné > mixé > haché
  - mixé > haché > mouliné
  - mixé > mouliné > haché
  - haché > mouliné > mixé
  - haché > mixé > mouliné

*Leur fille, Claudine, infirmière de cet EHPAD, vous appelle en urgences à 12h15 car Edmond fait une fausse-route avec un morceau de pamplemousse :*

*« il n'arrête pas de tousser, il est tout rouge !!! Qu'est-ce que je fais ? »*

- |   |         |
|---|---------|
| 25) Faut-il encourager Edmond à tousser et à se racler la gorge ? | Oui non |
| 26) Faut-il le faire boire ?                                      | Oui non |

*Grâce à vos instructions, Edmond a évacué le pamplemousse. Le lendemain, après s'être remise de ses émotions, Claudine vient vous voir au cabinet pour discuter des troubles de son papa. La sonde naso-gastrique arrive dans la discussion.*

- |  |         |
|--|---------|
| 27) Mettre une sonde naso-gastrique évite les fausses-routes ? | Oui non |
|--|---------|

*Claudine demande si certains médicaments d'Edmond favorisent les troubles de déglutition de son papa.*

Quels traitements seraient à ré-évaluer devant les troubles de déglutition du patient ?

- 28) La PAROXETINE (DEROXAT<sup>o</sup>) pour sa dépression ( ISRS) ? Oui non
- 29) La TOLDERODINE (DETRUSITOL<sup>o</sup>) pour son instabilité vésicale (antispasmodique) ? Oui non
- 30) FENTANYL patch (DUROGESIC <sup>o</sup>) pour son arthrose de genou (opiacé) ? Oui non
- 31) ROPINIROLE (REQUIP<sup>o</sup>) pour le syndrome des jambes sans repos (anti-parkinsonien) ? Oui non
- 32) ALPRAZOLAM (XANAX<sup>o</sup>) pour son insomnie au coucher (benzodiazépine) ? Oui non

*Claudine vous demande qui peut contribuer à la prise en charge des troubles de déglutition d'Edmond.*

**33) Vers quel professionnel de santé lui conseillez-vous de se tourner en priorité dans ce contexte ? (QRU)**

- La diététicienne
- L'orthophoniste
- L'ergothérapeute
- La kinésithérapeute
- La pharmacienne
- La gériatre

*Merci d'avoir pris en charge la famille P. 5 petites questions à propos de vous et c'est fini*

34) Vous êtes : Un homme                      Une femme

35) En quelle année d'internat êtes vous ? (QRU)  
Première                      Deuxième                      Troisième

36) Quelle a été votre formation sur le sujet ? C'est à dire : Comment avez-vous découvert les adaptations alimentaires à mettre en place face à des troubles de déglutition de la personne âgée ? (QCM)

- cours à la fac
- formation en stage par un sénior
- formation par un para-médical : kinésithérapeute, orthophoniste...
- l'expérience en stage
- recherche bibliographique
- autres :

37) Avez-vous découvert lors de vos stages d'autres propositions ou adaptations concernant les troubles de la déglutition ? Si oui, lesquelles ? **Réponse libre**

38) Vers quelle(s) activité(s) vous orientez-vous ? (QCM)

- Médecine libérale
- Gériatrie
- Médecin coordinateur d'EHPAD
- Médecin généraliste dans un service hospitalier
- Médecin de PMI ou scolaire
- Urgences
- Autres :

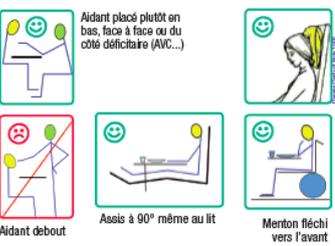
## Annexe 3 : Fiche explicative disponible à la fin du questionnaire

### Que faire en cas de fausse route asphyxiante ?



Le patient ne respire plus, ne toussé pas :  
**Manœuvre de Heimlich**

### Comment installer et aider le patient ?



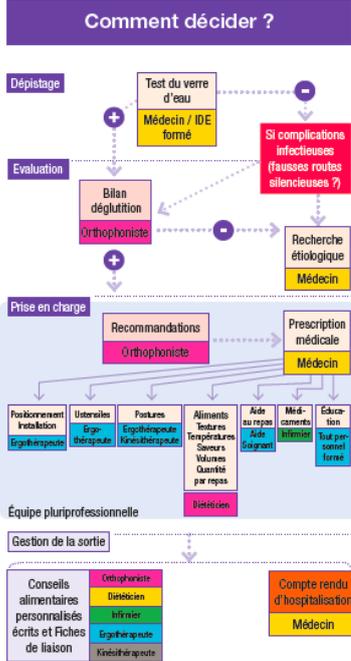
Aidant placé plutôt en bas, face à face ou du côté déficitaire (AVC...)

Aidant debout      Assis à 90° même au lit      Menton fléchi vers l'avant

### Quels ustensiles choisir ?



### Comment décider ?



**Prise en charge**

**Recommandations Orthophoniste**

- Positionnement Intubation Ergothérapeute
- Dietitien Ergothérapeute
- Prothèses Ergothérapeute Kinésithérapeute
- Aliments Textures Températures Saucers Volumes Quantité par repas Diététicien
- Aide au repas Aide Soignant
- Médicaments Infirmière
- Éducation tout personnel formé

**Prescription médicale Médecin**

**Gestion de la sortie**

- Conseils alimentaires personnalisés écrits et Fiches de liaison Orthophoniste Diététicien Infirmier Ergothérapeute Kinésithérapeute
- Compte rendu d'hospitalisation Médecin

• Commission gériatrique CLAN AP-HP - Août 2013  
• Recommandations complètes sur Intranet APHP : <http://portail-cms.aphp.fr/ci/central/>  
Contact : virginie.ruglio@egp.aphp.fr

ASSISTANCE PUBLIQUE HÔPITAUX DE PARIS

### Détection et prise en charge des troubles de la déglutition chez le sujet âgé hospitalisé

Destiné au personnel soignant



ASSISTANCE PUBLIQUE HÔPITAUX DE PARIS

### Qu'est-ce qu'une fausse route ?

C'est l'entrée d'aliments, de salive, de sécrétions rhinopharyngées ou de contenu gastrique dans les voies respiratoires. Elle se traduit par un **réflexe de toux** efficace ou non, et parfois même absent (fausses routes silencieuses).

### La toux est un signe trompeur

- L'absence de toux ne signifie pas l'absence de fausse route, et à l'inverse,
- Une toux ne signifie pas systématiquement qu'il y a eu une fausse route.

**En dehors du risque vital immédiat (étouffement), les fausses routes répétées peuvent entraîner des complications : infections respiratoires, dénutrition, déshydratation, baisse de la qualité de vie.**

### Comment faire un dépistage ? Le test au verre d'eau

- 90 ml eau plate au verre (1/2 verre)
- A T° ambiante
- Sans interruption...

difficulté ou toux ou modification voix ] dans la minute qui suit

= **troubles de la déglutition probables**

### Quelles évaluations proposer ?

- Évaluation de la déglutition par un orthophoniste formé**, sur prescription médicale, suivie de recommandations alimentaires personnalisées.
- Évaluation de l'état nutritionnel par médecin / diététicien.**

### Quels aliments et boissons choisir ?

Adaptations alimentaires prescrites par le médecin en fonction des résultats de l'évaluation pluriprofessionnelle :

#### Solides

- Textures homogènes, lisses
- Textures normales **sans aliments à risque augmenté**
- Aliments lubrifiés par sauces épaisses, corps gras

#### Liquides

- Eaux pétillantes à grosses bulles / sodas froids
- Liquides épais (nectars, smoothies, potages épais)
- Liquides épais (épaississant alimentaire)
- Eaux gélifiées / yaourts / compotes

#### Aliments à risque augmenté

- Liquides chauds et tièdes
- Mélanges solide + liquide (pain, biscottes, gâteaux trempés dans un liquide, épaississement avec pain / gâteaux)
- Aliments secs, pâteux, filandreux
- Aliments effrités, à grains, à petits morceaux

### Quelles sont les bonnes pratiques ?

- Vigilance** : s'abstenir de toute prise per os si la vigilance n'est pas parfaite
- Conditions du repas** : au calme, limiter les distractions (TV, visites)
- Prothèses dentaires** : les enlever si inadaptées
- Quantités par prise alimentaire** : diminuer, fractionner (multiplier les collations)
- Volume par bouchée / gorgée** : diminuer
- Durée du repas** : souvent augmentée, prendre le temps nécessaire
- Autonomie** : encourager, aider à faire seul
- Hygiène buccodentaire** :
  - Sans liquide (bâtonnets imbibés / compresses humides)
  - Avec liquide : patient torse en avant
- Médicaments** : voir liste infirmière pour adapter la forme galénique
- Nutrition orale + entérale** : association possible
- Transmissions** à l'équipe soignante
- Information** à l'entourage du patient
- Gestion de la sortie** : conseils alimentaires, fiches de liaison, comptes-rendus.

**Annexe 4 :** Liste des questions sélectionnées pour la réalisation du score d'évaluation des compétences des internes ayant répondu totalement au questionnaire.

1. Qu'est-ce qui augmente les fausses-routes : la position allongée ?
2. Qu'est-ce qui augmente les fausses-routes : la position assise avec la tête penchée en avant ?
3. Qu'est-ce qui augmente les fausses-routes : manger devant la télévision ?
4. Que proposer afin de limiter les troubles de la déglutition : lier les aliments avec des sauces et des corps gras ?
5. Que proposer afin de limiter les troubles de la déglutition : privilégier les coquillettes et les petits pois ?
6. Quel verre préconise t'on : verre à encoche nasal ?
7. Quel conseils donnez-vous : favoriser l'eau pétillante ?
8. Quel conseils donnez-vous : le soignant doit être assis pour faire manger le patient ?
9. Quelle proposition classe les textures du plus solide au plus lisse ?
  - mouliné > haché > mixé
  - mouliné > mixé > haché
  - mixé > haché > mouliné
  - mixé > mouliné > haché
  - haché > mouliné > mixé
  - haché > mixé > mouliné
  
10. Mettre une sonde naso-gastrique évite-t'il les fausses-routes ?

**Annexe 5:** Tableaux avec les réponses aux 10 questions des répondants classés par sentiment de compétence.

OUI  
COMPETENT

Question →	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Total
1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	9

PLUTOT COMPETENT

Question →	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Total
1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	9
2	1	0	1	1	1	0	1	1	1	0	7
3	1	1	1	0	1	0	1	1	1	1	8
4	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	9
5	1	1	1	0	1	0	1	1	1	1	8
6	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	10
7	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	9
8	1	0	1	0	1	0	1	1	0	1	6
9	1	1	0	0	1	1	1	1	0	1	7
10	1	0	1	1	1	1	1	1	0	1	8
11	1	1	1	1	0	1	1	1	0	1	8

8,1 Moyenne

ASSEZ  
COMPETENT

Question →	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Total
1	1	0	0	1	1	1	1	1	0	0	6
2	1	0	1	0	1	1	1	1	0	1	7
3	1	1	0	1	1	0	1	1	0	1	7
4	1	0	0	0	1	1	1	1	1	1	7
5	1	1	0	0	1	0	1	1	1	1	7
6	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	10
7	1	0	1	0	1	1	1	0	1	0	6
8	0	0	1	0	1	1	1	0	1	0	5
9	0	0	1	0	1	0	0	1	1	1	5
10	1	0	1	1	0	1	1	1	1	1	8
11	1	0	1	1	1	1	0	1	1	1	8
12	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	9
13	1	1	1	0	1	0	1	1	1	0	7

14	1	0	1	0	0	1	1	1	1	1	7
15	1	1	1	1	0	1	1	1	1	0	8
16	1	0	0	0	1	0	1	1	1	0	5
17	1	0	1	1	1	0	1	1	1	1	8
18	1	1	1	0	1	0	1	1	1	0	7
19	1	1	1	1	1	0	1	0	0	1	7
20	1	1	0	0	1	0	1	1	0	1	6
21	1	1	1	0	1	0	1	1	0	0	6
22	1	0	0	0	0	0	1	0	0	0	2
23	1	1	1	1	1	0	1	1	0	1	8
24	1	1	1	0	1	1	1	1	0	1	8
25	1	0	1	0	1	0	0	1	0	1	5
26	1	1	1	1	1	1	1	0	0	1	8
27	1	1	1	1	1	0	1	1	0	1	8
28	1	0	1	1	1	1	1	1	0	1	8
29	0	0	1	0	1	0	0	1	0	0	3
30	1	1	0	0	0	1	1	1	0	0	5

6,7 Moyenne

PEU COMPETENT

ID	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Total
1	1	1	1	0	1	1	1	0	0	0	6
2	1	1	1	0	1	0	1	1	0	0	6
3	1	0	0	1	0	1	1	1	0	0	5
4	1	0	0	1	1	1	1	1	1	1	8
5	1	0	1	1	1	0	1	1	1	1	8
6	1	0	1	1	1	1	1	1	1	0	8
7	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	9
8	1	0	1	0	1	0	1	1	0	0	5
9	1	1	1	0	1	0	1	0	0	1	6
10	1	1	1	1	1	0	1	1	0	1	8
11	1	1	1	0	0	1	1	1	0	1	7
12	1	0	1	1	1	0	0	1	0	0	5

13	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	9
14	1	1	0	0	1	0	0	1	0	0	4
15	1	0	1	0	1	0	1	1	1	1	7
16	0	0	1	1	1	0	1	1	1	1	7
17	1	1	0	0	1	1	1	1	1	0	7
18	1	0		1	0	0	1	1	0	1	5
19	1	1	0	1	1	0	1	1	0	0	6
20	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	9
21	1	0	1	1	1	0	1	1	1	1	8
22	1	1	1	1	1	0	1	1	0	1	8
23	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	9
24	0	0	0	0	1	0	1	0	0	1	3
25	1	1	1	0	1	0	1	1	0	1	7
26	1	0	1	0	1	0	0	1	1	1	6

6,8

Moyenne

PAS COMPETENT

ID	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Total
1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	9
2	1	0	1	0	1	0	0	1	0	0	4
3	1	0	0	1	0	1	1	1	1	1	7
4	1	1	1	1	1	0	0	1	0	1	7

6,75

Moyenne

« Par délibération de son Conseil en date du 10 Novembre 1972, l'Université n'entend donner aucune approbation ni improbation aux opinions émises dans les thèses ou mémoires. Ces opinions doivent être considérées comme propres à leurs auteurs ».

VU, le Président de Thèse

VU, le Doyen de l'UFR Santé

VU et permis d'imprimer  
en référence à la délibération  
du Conseil d'Université  
en date du 14 Décembre 1973

Pour le Président  
de l'Université de CAEN et P.O

Le Doyen de l'UFR de Santé

ANNÉE DE SOUTENANCE : 2019

NOM ET PRÉNOM DE L'AUTEUR : SOREL LOUISE

## **La prise en charge des troubles de la déglutition des personnes âgées par les internes de médecine générale de la faculté de médecine de Caen.**

RESUME :

Introduction : Les troubles de la déglutition sont fréquents, augmentent avec l'âge et la présence de poly-pathologies. Les symptômes ne sont pas toujours typiques dans la population âgée mais les complications sont nombreuses, organiques et psychologiques. La prise en charge est pluri-professionnelle et compensatoire avec des adaptations posturales et alimentaires comme la modification des textures alimentaires.

L'objectif de cette étude était d'évaluer les compétences, en matière de prise en charge des troubles de la déglutition des personnes âgées, des internes de médecine générale de la faculté de Caen par rapport à leur sentiment de compétence dans le domaine.

Méthode: L'étude descriptive a été réalisée avec un questionnaire composé de 33 questions dont 10 ont été sélectionnées pour la réalisation d'un score de compétence. Seuls les internes ayant répondu au questionnaire en entier ont été inclus dans l'analyse statistique.

Résultats : Soixante-douze internes ont répondu totalement au questionnaire. Douze répondants se sentaient « Compétents » ou « Plutôt compétents » et leur compétence évaluée était statistiquement différente des internes se sentant « Assez compétents », « Peu compétents » ou « Pas compétents » ( $p=0,004$ ).

La position allongée augmentait les fausses-routes pour 94% des répondants. Les verres à encoche nasale étaient préconisés par 32 internes. Pour 76% des répondants, mouliner tous les repas était la première action à mettre en œuvre devant des troubles de la déglutition.

Conclusion : La prise en charge des troubles de la déglutition par les internes de médecine générale est plutôt correcte et correspond à leur sentiment de compétence dans le domaine.

MOTS-CLÉS : Troubles de la déglutition, Personnes âgées, Prise en charge, Interne de médecine générale

## **Managing swallowing disorders for elderly people by the general medicine interns of Caen Medical Faculty.**

ABSTRACT :

Introduction: Swallowing disorders are common and increase with age or with the presence of multiple pathologies. Symptoms are not always typical for elderly people but there are numerous organical and psychological complications. There is a need of multiprofessional and compensatory management with postural and nutritional adaptations such as the modification of food textures. This study aimed to asses the skills of the Caen Faculty general medicine interns, in terms of swallowing disorders management for elderly people in comparison with their feeling of competence in that field.

Material and method : This descriptive study was conducted with a questionnaire made of 33 questions among which 10 were chosen to build a skill score. Only the interns who answered the entire questionnaire were included in the statistical analysis.

Results : Seventy-two interns entirely answered to the questionnaire. Twelve respondents felt "Competent" or "Rather competent" and their assessed competency was statistically differs from interns feeling "Pretty competent", "Little competent" or "Not competent" ( $p = 0.004$ ).

The reclining position increased wrong way for 94% of respondents. Glasses with nasal notches were recommended by 32 interns. For 76% of respondents, milling all meals was the first action to face of swallowing disorders.

Conclusion : The management of swallowing disorders by general medicine interns is rather correct and matches with their feeling of competence in that field.

KEY WORDS : Swallowing disorders, elderly, dysphagia management, general medicine intern