

# MEMOIRE

En vue de l'obtention du  
Certificat de Capacité d'Orthophonie  
présenté par :

**Caroline JANSEN et Julie LEURS**

soutenu publiquement en juin 2015 :

**État des lieux de la prise en charge  
orthophonique des troubles de la déglutition  
chez l'adulte :**  
**Analyse comparative des pratiques professionnelles en  
France métropolitaine.**

MEMOIRE dirigé par :

**Marie ARNOLDI**, Orthophoniste, CHRU Claude Huriez, Lille

---

## **Remerciements**

Nous tenons à remercier Marie Arnoldi, notre directrice de mémoire, pour ses conseils avisés et sa disponibilité.

Nos maîtres de stages qui ont donné de leur temps et de leur personne pour faire de nous de futures orthophonistes passionnées.

Un remerciement tout particulier à Stéphanie Dalle-Plichon et Anne Masselot pour la relecture et les corrections.

Nous remercions également les orthophonistes libéraux de France et les étudiants de notre promotion pour le temps qu'ils ont consacré à notre questionnaire.

Enfin, un grand merci à nos proches, familles et amis, pour leur soutien et leur patience durant ces quatre années, et plus particulièrement pendant ces douze derniers mois.

---

## **Résumé :**

Nous avons constaté que la prise en charge des troubles de la déglutition chez l'adulte pose problème à de nombreux orthophonistes et étudiants en orthophonie.

De par la réforme des études d'orthophonie en cinq ans, il nous a semblé opportun de mener une étude qui a pour but de faire un état des lieux de la prise en charge libérale des troubles de la déglutition chez l'adulte en France métropolitaine afin d'effectuer une analyse comparative des pratiques professionnelles.

Grâce à deux questionnaires proposés à une centaine d'orthophonistes libéraux français et à une centaine d'étudiants de la promotion 2015 du Département d'Orthophonie de Lille, nous avons pu remplir nos objectifs, tant qualitatifs que quantitatifs.

Nos enquêtes nous ont permis de mettre en évidence des résultats que nous attendions : les orthophonistes et les étudiants ont des ressentis très partagés quant à la prise en charge des troubles de la déglutition chez l'adulte, allant de l'attrait à la peur. Cependant, cela ne semble pas les empêcher de prendre en charge ces troubles puisque plus des deux tiers des orthophonistes libéraux français disent les prendre en charge.

## **Mots-clés :**

troubles de la déglutition, adulte, état des lieux, orthophonistes libéraux

## **Abstract :**

We noticed that the care of adult's swallowing disorders is a problem for a lot of speech-language therapists and students.

Due to the reform of speech-language therapy studies in five years, it seemed convenient to lead a study with the purpose of drawing up an inventory of state of the liberal care of adult's swallowing disorder in metropolitan France to make a comparative analysis of professional practices.

A hundred French liberal speech-language therapists and a hundred students in speech-language therapy (2015's class in the department of Lille) have answered to two survey and thanks to that we were able to reach our objectives, qualitative and quantitative.

---

Our survey has permitted to highlight the results we were expecting : speech-language therapists and students have really shared feelings about the care of adult's swallowing disorders, from attraction to fear. However, it doesn't seem to prevent them from taking care of these troubles because more than two thirds of French liberal speech-language therapists said they take care of these troubles.

**Keywords :**

swallowing disorder, adult, inventory of state, liberal speech-language therapist

---

# Table des matières

<b>Introduction.....</b>	<b>1</b>
<b>Contexte théorique, buts et hypothèses.....</b>	<b>4</b>
1. Historique.....	5
1.1. Orthophonie.....	5
1.2. Évolution des compétences de l'orthophoniste : Prise en charge de la dysphagie.....	6
2. Intérêts pour les troubles de déglutition chez l'adulte.....	9
2.1. Rappels sur la déglutition et ses troubles.....	9
2.1.1. Définitions.....	9
2.1.2. Les trois phases de la déglutition.....	9
2.1.3. Les troubles de déglutition.....	9
2.1.3.1. Définitions.....	9
2.1.3.2. Conséquences du dysfonctionnement.....	10
2.1.3.2.1. Les fausses routes.....	10
2.1.3.2.2. Les blocages.....	10
2.1.3.2.3. Les stases.....	10
2.1.4. Fréquence des troubles.....	10
2.2. Troubles de déglutition dans les pathologies du vieillissement : la presbyphagie.....	11
2.2.1.1. Définition.....	11
2.2.1.2. Sémiologie des troubles de déglutition.....	11
2.3. Troubles de déglutition dans les pathologies ORL.....	12
2.3.1. Les chirurgies cervico-faciales.....	12
2.3.1.1. Définitions.....	12
2.3.1.2. Place de l'orthophonie.....	13
2.3.2. Les chirurgies de la cavité buccale et de l'oropharynx.....	13
2.3.2.1. Définitions.....	13
2.3.2.2. Place de l'orthophonie.....	14
2.3.3. Les chirurgies pharyngo-laryngées.....	14
2.3.3.1. Définitions.....	14
2.3.3.2. Place de l'orthophonie.....	15
2.3.4. La radiothérapie.....	15
2.3.4.1. Définitions.....	15
2.3.4.2. Place de l'orthophonie.....	16
2.4. Dans les pathologies neurologiques.....	16
2.4.1. Les traumatismes crâniens et l'éveil de coma.....	16
2.4.1.1. Définitions.....	16
2.4.1.2. Place de l'orthophonie.....	17
2.4.2. Les Accidents Vasculaires Cérébraux.....	17
2.4.2.1. Définitions.....	17
2.4.2.2. Place de l'orthophonie.....	17
2.5. Dans les pathologies neurodégénératives.....	18
2.5.1. Maladie d'Alzheimer, maladies apparentées et autres démences.....	18
2.5.1.1. Maladie d'Alzheimer et troubles de déglutition.....	18
2.5.1.2. Autres démences et troubles de déglutition.....	19
2.5.1.3. Place de l'orthophonie.....	19
2.5.2. Maladie de Parkinson et Syndromes Parkinsoniens.....	20
2.5.2.1. Maladie de Parkinson et troubles de déglutition.....	20
2.5.2.2. Syndromes parkinsoniens et troubles de déglutition.....	21
2.5.2.3. Place de l'orthophonie.....	22

---

2.5.3.Sclérose Latérale Amyotrophique (SLA).....	22
2.5.3.1.Définitions.....	22
2.5.3.2.Sémiologie des troubles de déglutition.....	23
2.5.3.3.Place de l'orthophonie .....	23
2.5.4.Causes rares de troubles de la déglutition.....	23
3.Les formations.....	25
3.1.Formation initiale.....	25
3.1.1.Historique de la formation.....	25
3.1.1.1.De 2013 à nos jours.....	25
3.1.1.2.Entre 1964 et 1986.....	26
3.1.1.3.Entre 1986 et 2013.....	27
3.1.2.Formation en quatre ans : état des lieux des écoles françaises en 2014 .....	27
3.2.Formation continue.....	28
3.2.1.Historique.....	28
3.2.2.Les formations continues pour la dysphagie.....	29
4.Buts et hypothèses.....	32
4.1.Buts.....	32
4.2.Hypothèses.....	32
<b>Sujets, matériel et méthode.....</b>	<b>34</b>
1.Populations d'étude.....	35
1.1.Échantillonnage et intervalle de confiance.....	35
1.1.1.Échantillonnage.....	35
1.1.2.Intervalle de confiance.....	35
1.2.Orthophonistes libéraux en France métropolitaine.....	35
1.2.1. Répartition française des orthophonistes.....	35
1.2.2. Critères d'inclusion.....	37
1.2.3. Méthode d'échantillonnage.....	37
1.3.Étudiants en quatrième année d'orthophonie à Lille.....	38
2.Méthode de recueil des données.....	39
2.1.Questionnaire destiné aux orthophonistes.....	39
2.1.1. Élaboration du questionnaire.....	39
2.1.2. Recueil des données.....	40
2.2.Questionnaire destiné aux étudiants.....	40
2.2.1. Élaboration du questionnaire.....	40
2.2.2. Recueil des données.....	40
3.Analyse statistique.....	42
3.1.Pour l'échantillon des orthophonistes libéraux en France métropolitaine... ..	42
3.1.1.Analyse statistique univariée.....	42
3.1.1.1.Variables qualitatives monovaluées.....	42
3.1.1.2.Variables qualitatives binaires.....	42
3.1.1.3.Variables quantitatives continues.....	43
3.1.1.4.Variables qualitatives ordonnées.....	43
3.1.1.5.Variables qualitatives multivaluées.....	44
3.1.2.Analyse statistique bivariée.....	44
3.2.Pour l'échantillon des étudiants en orthophonie de Lille.....	45
3.2.1.Analyse statistique univariée.....	45
3.2.1.1.Variables qualitatives monovaluées.....	45
3.2.1.2.Variables qualitatives ordonnées.....	45
3.2.1.3.Variables qualitatives multivaluées.....	45
<b>Résultats.....</b>	<b>47</b>
1.Résultats pour l'échantillon des orthophonistes.....	48

---

1.1.Présentation de l'échantillon.....	48
1.1.1.Année d'obtention du diplôme.....	48
1.1.2.Écoles de formation.....	48
1.1.3.Type d'exercice.....	49
1.1.4.Durée de l'expérience libérale.....	50
1.2.Résultats quantitatifs.....	50
1.2.1.Diplômes.....	50
1.2.2.Dysphagie.....	51
1.2.2.1.Dysphagie en stage.....	51
1.2.2.2.Prise en charge des troubles de la déglutition.....	52
1.2.2.2.1.En France métropolitaine.....	52
1.2.2.2.2.Répartition par région.....	52
1.2.2.3.Pathologies prises en charge.....	53
1.2.2.4.Raisons du refus de prise en charge.....	53
1.2.2.5.Réalisation d'essais alimentaires.....	54
1.2.2.6.Contexte de réalisation des essais alimentaires.....	55
1.2.2.7.Raisons de non pratique des essais alimentaires.....	55
1.2.3.Formations.....	56
1.2.3.1.Formation complémentaire réalisée en déglutition.....	56
1.2.3.2.Prise en charge des troubles de la déglutition et formation complémentaire.....	57
1.2.3.3.Degré d'accord avec la suffisance de la formation initiale dans le domaine de la déglutition.....	57
1.2.3.4.Degré d'accord avec la suffisance globale de la formation initiale.....	58
1.2.3.5.Degré d'accord avec la qualité de la formation initiale globale et en déglutition.....	58
1.2.4.Demandes.....	59
1.2.4.1.Fréquence des demandes.....	59
1.2.4.2.Orientation des patients vers un collègue.....	60
1.3.Résultats qualitatifs.....	61
1.3.1.Trame rééducative.....	61
1.3.2.Ressenti des orthophonistes interrogés vis-à-vis de cette prise en charge.....	62
1.3.3.Formations continues.....	63
1.3.4.Précisions : domaines les mieux maîtrisés à l'issue du diplôme.....	63
1.3.5.Précisions.....	64
2.Résultats pour l'échantillon des étudiants de Lille.....	67
2.1.Présentation de la population.....	67
2.2.Résultats quantitatifs.....	67
2.2.1.Projet professionnel.....	67
2.2.1.1.Type d'exercice envisagé.....	67
2.2.1.2.Prise en charge de la dysphagie.....	68
2.2.1.2.1.Choix sur la prise en charge.....	68
2.2.1.2.2.Raisons de la non prise en charge.....	68
2.2.1.2.3.Pathologies envisagées.....	69
2.2.1.3.Formation continue sur la dysphagie.....	69
2.2.2.Formation initiale.....	70
2.2.2.1.Dysphagie vue en stage.....	70
2.2.2.1.1.À quel moment de la formation.....	70
2.2.2.1.2.Dans quel contexte.....	71
2.2.2.2.Qualité de la formation initiale.....	71
2.3.Résultats qualitatifs.....	73

---

2.3.1.Ressenti face à la prise en charge des troubles de déglutition.....	73
2.3.2.Domainses de prédilection à la sortie de la formation initiale.....	74
<b>Discussion.....</b>	<b>75</b>
1.Rappel des objectifs.....	76
2.Principaux résultats répondant aux objectifs.....	77
3.Biais et limites du travail.....	85
3.1.Limites des échantillons.....	85
3.2.Limites du matériel.....	85
4.Forces du travail.....	86
5.Comparaison avec les travaux précédents.....	87
6.Perspectives, pistes pour le futur.....	88
<b>Conclusion.....</b>	<b>89</b>
<b>Bibliographie.....</b>	<b>91</b>
<b>Liste des annexes.....</b>	<b>98</b>
Liste des annexes :	99
Annexe n°1 : Décret n°83-766 du 24 août 1983 fixant la liste des actes professionnels accomplis par les orthophonistes.....	99
Annexe n°2 : Décret n°92-327 du 30 mars 1992 modifiant le décret n°83-766 du 24 août 1983 fixant la liste des actes professionnels accomplis par les orthophonistes.....	99
Annexe n°3 : Décret n°2002-721 du 2 mai 2002 relatif aux actes professionnels et à l'exercice de la profession d'orthophoniste.....	99
Annexe n°4 : Nomenclature générale des actes professionnels des médecins, chirurgiens-dentistes, sages-femmes et auxiliaires médicaux du 27 mars 1972 – Titre III, Chapitre VI, Article 5.....	99
Annexe n°5 : Nomenclature générale des actes professionnels des médecins, chirurgiens-dentistes, sages-femmes et auxiliaires médicaux du 27 mars 1972 – Titre IV, Chapitre II, Article 2.....	99
Annexe n°6 : Arrêté du 27 juin 1990 modifiant la Nomenclature générale des actes professionnels des médecins, des chirurgiens-dentistes, des sages-femmes et des auxiliaires médicaux.....	99
Annexe n°7 : Frise chronologique des dates d'apparition des pathologies dans les revues orthophoniques.....	99
Annexe n°8 : Loi n°64-699 du 10 juillet 1964 relative aux professions d'orthophoniste et d'aide-orthoptiste.....	99
Annexe n°9 : Tableau récapitulatif des textes de lois régissant la formation initiale.....	99
Annexe n°10 : Arrêté du 16 septembre 1977 modifiant l'arrêté du 14 décembre 1972 relatif à la réforme des études en vue du certificat de capacité d'orthophoniste.....	100
Annexe n°11 : Arrêté du 25 avril 1997 modifiant l'arrêté du 16 mai 1986 relatif aux études en vue du certificat de capacité d'orthophoniste.....	100
Annexe n°12 : Tableau récapitulant les programmes des écoles françaises dans le domaine de la déglutition sur 4 ans.....	100
Annexe n°13 : Tableau récapitulatif non exhaustif des formations continues dans le domaine de la déglutition.....	100
Annexe n°14 : Répartition française des orthophonistes par région.....	100
Annexe n°15 : Questionnaire destiné aux orthophonistes.....	100
Annexe n°16 : Questionnaire destiné aux étudiants.....	100
Annexe n°17 : Tableau des années d'obtention du diplôme.....	100
Annexe n°18 : Histogramme représentant le pourcentage d'orthophonistes prenant	

---

en charge les troubles de la déglutition chez l'adulte par région.....100

---

# Introduction

---

L'orthophonie est une discipline jeune dont le champ d'intervention est très vaste. Elle touche une large population de patients de tous âges et de tous horizons, porteurs de problématiques très diverses.

Nous avons voulu nous intéresser aux troubles de la déglutition du sujet adulte. En effet, c'est une problématique relativement récente et peu connue du public, voire du personnel médical. Ces troubles touchent une activité d'ordinaire réflexe et perturbent la vie quotidienne. L'orthophoniste joue un rôle essentiel dans leur prise en charge.

Nous avons ciblé notre étude sur la prise en charge libérale de ces patients, puisque nos constatations de départ viennent de différentes situations vécues lors de nos stages. En effet, certains de nos maîtres de stage, travaillant dans des services de neurologie ou d'Oto-Rhino-Laryngologie (ORL), ont beaucoup de difficultés à trouver des orthophonistes libéraux prêts à prendre le relais après l'hospitalisation de leurs patients.

C'est pour cela que nous avons fait un état des lieux de la prise en charge libérale des troubles de la déglutition chez l'adulte en France métropolitaine. Mais nous avons également constaté que, parmi nos collègues de promotion, très peu se sentaient prêts à prendre en charge des patients dysphagiques. Ainsi, il était intéressant de faire le point sur les formations initiales quant aux troubles de la déglutition mais également d'enquêter auprès de nos futurs collègues. De plus, au moment de la mise en place de la nouvelle maquette des études en cinq ans, notre mémoire permet de mettre en évidence les forces et les faiblesses de la formation initiale en quatre ans.

Pour cela, nous avons proposé deux questionnaires : un aux orthophonistes libéraux de France, un autre aux étudiants de quatrième année du Département d'Orthophonie de Lille.

Notre travail a pour objectifs de voir si la prise en charge de la déglutition est une pratique courante chez les orthophonistes libéraux français et si nous pouvons remarquer des disparités régionales. Nous ferons un état des lieux des pratiques professionnelles (trames rééducatives, pratiques d'essais alimentaires...) ainsi qu'une enquête auprès des étudiants de quatrième année de Lille (envie de prendre en charge une fois diplômés, avis sur cette pathologie et sa rééducation...).

---

Dans une première partie, nous installerons le contexte théorique en retraçant tout d'abord l'historique de l'orthophonie puis l'évolution des compétences de l'orthophoniste l'amenant à prendre en charge la dysphagie ; ensuite nous aborderons les troubles de la déglutition dans différentes pathologies et nous verrons quelle place y occupe l'orthophoniste ; et enfin, nous exposerons un état des lieux des différentes formations initiales et continues existantes.

Suite à cette partie théorique, nous exposerons les buts de ce mémoire et les hypothèses formulées.

Dans une deuxième partie, nous détaillerons la méthodologie que nous avons utilisée pour valider ou non nos hypothèses.

Dans une troisième partie nous exposerons nos résultats.

Et enfin, dans une dernière partie, nous discuterons ces résultats ainsi que les biais et limites de notre étude et les pistes qui pourront éventuellement être poursuivies dans le futur.

---

# Contexte théorique, buts et hypothèses

---

# 1. Historique

## 1.1. Orthophonie

L'orthophonie est une discipline plus ancienne que ce que l'on pense. En effet, au XVII<sup>ème</sup> siècle déjà, les dyslalies sont rééduquées et on essaye de démutiser les sourds-muets (Héral, 2008). Au XVIII<sup>ème</sup> siècle, de nombreux scientifiques, médecins, oto-rhino-laryngologues (ORL), théoriciens ou phonéticiens essayent de comprendre les problèmes de parole et de langage qu'ils peuvent observer (Héral, 2007). Au XIX<sup>ème</sup> siècle, l'intérêt se porte également sur l'aphasie (Héral, 2008).

C'est en 1829 que le Docteur Colombat crée le premier Institut d'Orthophonie de Paris afin de traiter le bégaiement. Une nouvelle branche des sciences médicales centrée sur la parole est née : l'étude des « vices de la parole » (Héral, 2007). Par la même occasion, il nomme cette profession qui traite les problèmes de parole et de langage : orthophonie (Kremer & Lederlé, 2009).

En 1903, André Castex, médecin ORL, crée les premiers cours d'orthophonie en France pour les enfants sourds-muets (Magnin & Poncet, 2012). En 1920, Il en définit les champs de compétences dans le premier « Traité d'Orthophonie ». Ils s'étendent à la parole et au langage mais la déglutition et ses troubles ne sont pas encore pris en compte (Castex & Jouet, 1920).

Grâce à Suzanne Borel-Maisonny et à différents médecins comme le Docteur Pinchon ou le Docteur Veau, l'orthophonie s'inscrit dans un travail pluridisciplinaire afin de prendre en charge l'articulation, le bégaiement et le langage. Depuis les années 1930, la discipline s'intéresse aux aspects structuraux du langage parlé, au retard de langage, aux dysphasies mais aussi aux troubles du langage écrit (Magnin & Poncet, 2012). L'orthophonie est une profession reconnue et la sécurité sociale décide de prendre en charge le traitement du langage dès 1947.

En 1955, la première attestation d'études d'orthophonie est créée grâce à Borel-Maisonny. En 1964, un nouveau diplôme voit le jour pour régir la formation : le Certificat de Capacité en Orthophonie (CCO).

En parallèle, Chassagny crée, en 1958, des écoles afin de former des rééducateurs de la dyslexie qui seront intégrés à la pratique légale de l'orthophonie à partir de 1971.

---

L'orthophonie étant au carrefour de nombreuses disciplines, son champ d'action ne cesse de s'étendre. La publication de plusieurs décrets (1983, 1992, 2002, Annexes 1, 2 et 3) ont permis l'évolution des pratiques professionnelles. Les troubles de la déglutition et la dysphagie sont des pathologies dont la prise en charge est récente et qui n'apparaissaient pas dans les concepts princeps de la profession.

## **1.2. Évolution des compétences de l'orthophoniste : Prise en charge de la dysphagie**

L'orthophonie est une profession jeune qui a connu une évolution rapide au cours de ces dernières décennies. Elle a considérablement étendu son champ de compétences.

En analysant les lois, décrets et arrêtés qui régissent la profession, nous avons mis en évidence l'évolution de la prise en charge orthophonique des troubles de la déglutition.

L'arrêté du 26 septembre 1969 présente la toute première nomenclature des actes d'orthophonie et crée la lettre AMO (Auxiliaire Médical Orthophoniste). Dans ce texte de loi, l'orthophonie vient remplacer la rubrique phoniatrie présente dans la précédente nomenclature des actes professionnels du 4 juillet 1960 (citée dans l'arrêté du 26 septembre 1969). Les troubles de la déglutition ne sont pas mentionnés dans les actes effectués par l'orthophoniste.

L'arrêté du 27 mars 1972 (Annexes 4 et 5) modifie celui du 26 septembre 1969. On parle alors de rééducation de la déglutition dans le cadre de l'orthopédie dento-faciale. Dans le cadre de l'orthophonie, seuls l'articulation, la parole, la voix et le langage sont mentionnés.

La rééducation de la déglutition entre en jeu le 24 août 1983, alors que paraît le premier décret de compétences de l'orthophoniste (décret n°83-766, Annexe 1). Ce texte établit une liste des actes professionnels effectués par l'orthophoniste. Pourtant, aucune précision n'est donnée quant au type de trouble de la déglutition : on ne sait dire, à la lecture du décret, s'il s'agit de prendre en charge une déglutition atypique (ou primaire), ou de rééduquer un trouble de déglutition secondaire chez l'adulte.

De nouveau, l'arrêté du 27 juin 1990 (Annexe 6) stipule que l'orthophoniste rééduque la déglutition, mais aucune précision n'est apportée quant au type de

---

trouble, comme expliqué ci-dessus. Pourtant, cette rééducation, précédemment placée dans la section destinée à l'orthopédie dento-faciale, est cette fois déplacée avec les autres rééducations dont est responsable l'orthophoniste. Cet arrêté modifie celui du 27 mars 1972 en donnant à l'orthophoniste la responsabilité de rééduquer les troubles de la déglutition qui était, dans ce texte, donnée aux dentistes.

Le décret de compétences du 30 mars 1992 (Annexe 2) n'apporte rien de plus en ce qui concerne la déglutition bien qu'il ajoute encore de nouveaux actes à la liste de ceux effectués par les orthophonistes.

Le vrai changement arrive le 2 mai 2002, avec la parution d'un nouveau et dernier décret (Annexe 3). Cette fois, les termes de « troubles de la déglutition (dysphagie, apraxie et dyspraxie bucco-linguo-faciale) » apparaissent dans le cadre des pathologies oto-rhino-laryngologiques et neurologiques. Pour la première fois, on cite les troubles de déglutition chez la personne adulte qui a été confrontée à une pathologie ORL ou neurologique. On ne parle plus seulement d'une « rééducation de la déglutition » dans un cadre d'orthopédie dento-faciale.

Il paraît important de se demander quelle est la différence entre « troubles de la déglutition » et « dysphagie ». Effectivement, Magnin & Poncet (2012) constatent que les troubles de la déglutition apparaissent pour la première fois dans la revue Rééducation Orthophonique en 1972, dans un décret en 1983 et dans Glossa et L'orthophoniste en 1992. En revanche, le terme « dysphagie » apparaît pour la première fois en 1987 dans Glossa, et en 2002 dans le décret. La frise chronologique de leur mémoire (page 41) est particulièrement intéressante (Annexe 7). Ceci nous montre que ces termes, qui aujourd'hui englobent un même concept, étaient autrefois distincts. La presse spécialisée a devancé les décrets dans l'évocation de ces troubles. Dans les faits, les praticiens n'ont pas attendu la publication officielle des décrets de compétences pour prendre en charge les patients dysphagiques.

En 2007, un projet de recherche, nommé Kalliopé, a permis de mettre en évidence les modifications des pratiques des orthophonistes en « observant en parallèle l'élargissement des domaines d'intervention dans la nomenclature » (Magnin & Poncet, 2012). Il met en évidence huit pathologies en pleine expansion ces trente dernières années, dont les troubles de la déglutition et la dysphagie.

Pour terminer, nous noterons que la profession d'orthophoniste est en plein essor et continue d'étendre son champ de compétences. Ce métier est jeune, et

---

certaines pathologies ne sont prises en charge par les orthophonistes que depuis très peu de temps, et tel est le cas de la rééducation des troubles de la déglutition.

---

## **2. Intérêts pour les troubles de déglutition chez l'adulte**

### **2.1. Rappels sur la déglutition et ses troubles**

#### **2.1.1. Définitions**

La déglutition est une activité automatico-volontaire que chacun d'entre nous fait jusqu'à mille fois par jour (Forster & al., 2013). Elle permet le transport de solides et de liquides de la bouche à l'estomac, en parallèle d'une protection des voies aériennes supérieures. Ce processus a lieu au moment des repas mais aussi tout au long de la journée (déglutition de la salive).

#### **2.1.2. Les trois phases de la déglutition**

La déglutition se décompose en trois phases distinctes qui se coordonnent afin d'assurer la bonne propulsion du bol alimentaire et la protection des voies aéro-digestives supérieures :

- la première est la phase orale ou labio-buccale,
- la deuxième est le temps pharyngé,
- la troisième est le temps œsophagien.

#### **2.1.3. Les troubles de déglutition**

##### **2.1.3.1. Définitions**

Les troubles de la déglutition ou dysphagie sont des difficultés ou l'impossibilité d'avaler des liquides, des solides (Forster & al., 2013). L'odynophagie (déglutition douloureuse) et l'aphagie (impossibilité d'avaler le bol alimentaire) en font partie (Desport & al., 2011).

On distingue deux types de dysphagies :

- la dysphagie oropharyngée ou haute, perturbant les premiers temps de la déglutition
- la dysphagie œsophagienne ou basse, entravant le temps œsophagien (Lacau St Guily & al., 2005).

---

### **2.1.3.2. Conséquences du dysfonctionnement**

Le dysfonctionnement de la déglutition va avoir des conséquences sur le déplacement du bol alimentaire (Woisard & Puech, 2011). Il va provoquer des fausses routes, des blocages ou des stases.

#### **2.1.3.2.1. Les fausses routes**

Les fausses routes sont classées selon leur survenue par rapport au déclenchement du temps pharyngé (Woisard & Puech, 2011). Elles peuvent se produire avant, pendant ou après la déglutition. Lorsqu'elles ont lieu pendant le temps pharyngé ce sont des fausses routes primaires. Quand elles ont lieu après, ce sont des fausses routes secondaires.

Une fausse route doit normalement déclencher un réflexe de toux mais lorsque ce dernier est aboli, on assiste à une fausse route silencieuse.

#### **2.1.3.2.2. Les blocages**

Les blocages correspondent à un arrêt de la progression du bol alimentaire (Woisard & Puech, 2011). Ils peuvent être buccaux, valléculaires ou pharyngés.

#### **2.1.3.2.3. Les stases**

Les stases vont permettre la mise en évidence des anomalies de la bio-dynamique de la déglutition. Elles pourront être buccales, valléculaires, pharyngées ou laryngées (Woisard & Puech, 2011).

### **2.1.4. Fréquence des troubles**

Les troubles de déglutition sont fréquents. Ils ont un impact important sur la santé des patients. En effet, ils peuvent engendrer des déficits nutritionnels, provoquer des infections respiratoires (pneumopathie d'inhalation) et même engager le pronostic vital lors de fausses routes. Ils ont également un impact sur la qualité de vie des patient.

La nutrition a un rôle socio-culturel très important et la dysphagie va porter atteinte à l'intégrité sociale de la personne malade. Par conséquent, elle évitera certaines situations, comme aller au restaurant ou manger en présence de convives

---

(Woisard & Puech, 2011). Certains patients expriment ressentir de la gêne voire de la honte.

Selon Lacau St Guily & al. (2005), « les troubles de la déglutition sont de fréquence largement sous estimée. Ces troubles vont de la simple doléance fonctionnelle sans retentissement vital au désordre grave faisant courir un risque mortel au sein d'une pathologie parfois complexe ». 30 à 59% des personnes âgées institutionnalisées, 10 à 19% des personnes hospitalisées et 9 à 38% des personnes âgées vivant à domicile souffriraient de troubles de la déglutition (Desport & al, 2011). De nombreuses affections, qu'elles soient neurologiques, neurodégénératives ou ORL, sont susceptibles de perturber la déglutition. La prise en charge de ces troubles se doit donc d'être précoce et multidisciplinaire.

Mais quelle est la place de l'orthophoniste dans ces prises en charge ? À travers différentes pathologies nous allons voir quel(s) rôle(s) joue l'orthophoniste dans les troubles de la déglutition (Tableau I, page 24).

## **2.2. Troubles de déglutition dans les pathologies du vieillissement : la presbyphagie**

### **2.2.1.1. Définition**

La presbyphagie est « l'ensemble des effets du vieillissement sur le mécanisme de déglutition. », elle en affecte les trois temps (Logemann, 2007). En effet, les différentes structures impliquées dans la déglutition se modifient au cours de la vie.

C'est un processus peu connu et mal vécu.

### **2.2.1.2. Sémiologie des troubles de déglutition**

Avec l'âge, les différentes phases de la déglutition vont s'allonger. De par la diminution de la sensibilité pharyngo-laryngée, le réflexe pharyngé est plus lent à se déclencher. La phase orale est plus longue et le temps pharyngé également puisque le réflexe se déclenche plus tardivement. Le sphincter supérieur de l'œsophage s'ouvre moins vite et avec moins d'amplitude (Forster & al., 2013). Le déclenchement de la déglutition est retardé par une diminution de la force linguale retrouvée chez 60% des sujets âgés (Lacau St Guily & al., 2005). On retrouve également des troubles de la mastication.

---

Dans le cas de la presbyphagie, la déglutition est encore fonctionnelle et le patient s'est adapté de façon plus ou moins consciente aux difficultés rencontrées. C'est pour cela qu'il ne faut pas la confondre avec la dysphagie. Les patients ne parlent pas de leurs difficultés de déglutition, elles sont le plus souvent passées sous silence (Lacau St Guily & al., 2005).

Cependant, certains déséquilibres cognitifs et/ou métaboliques peuvent modifier l'état général fonctionnel et transformer le sujet presbyphagique en sujet dysphagique (Woisard & Puech, 2011).

## **2.3. Troubles de déglutition dans les pathologies ORL**

Les cancers oto-rhino-laryngologiques (ORL) ou des voies aéro-digestives supérieures (VADS) totalisent environ vingt mille nouveaux cas par an en France (Hans & Brasnu, 2010). Il s'agit donc de pathologies fréquemment rencontrées dans les services de chirurgie ORL des hôpitaux.

On dénombre trois types de chirurgies face à ces cancers ORL des VADS :

- les chirurgies cervico-faciales,
- les chirurgies de la cavité buccale et de l'oropharynx,
- les chirurgies pharyngo-laryngées.

Une prise en charge multidisciplinaire adaptée est nécessaire dans ces types de cancers, pour les troubles de la déglutition entre autres (Hans & Brasnu, 2010).

La Haute Autorité de Santé (HAS) et l'Institut National du Cancer (INCa) ont publié en 2009 un guide concernant les cancers des VADS. Ils y consacrent un paragraphe intitulé « rééducation orthophonique et kinésithérapie » dans lequel ils indiquent la nécessité pour tout patient atteint d'un cancer des VADS d'être évalué au niveau de la déglutition et de la phonation, avec une rééducation si nécessaire. L'orthophonie est donc bel et bien inscrite dans le parcours de soins de ces cancers, concernant la déglutition et la phonation.

### **2.3.1. Les chirurgies cervico-faciales**

#### **2.3.1.1. Définitions**

Dans ces chirurgies sont classées : (Woisard & Puech, 2011)

- 
- les parotidectomies, engendrant bavages et fuites d' aliments, surtout pour les liquides ;
  - les sous-maxillectomies entraînant stases et difficultés de gestion du bol alimentaire avant la déglutition, ainsi qu'une insensibilité d'une hémi-langue ;
  - les thyroïdectomies donnant lieu à des fausses routes « inconstantes et transitoires » ;
  - les évidements ganglionnaires entraînant des « troubles de la motricité du pharynx et du larynx et des troubles de leur sensibilité ».

### **2.3.1.2. Place de l'orthophonie**

À la suite d'interventions chirurgicales de ce type, l'orthophoniste est au premier rang pour réhabiliter le patient sur le plan de la déglutition.

L'objectif de l'orthophoniste est d'arriver à une récupération fonctionnelle, c'est-à-dire une « déglutition efficace et sans danger » pour le patient (Woisard & Puech, 2011). Son rôle dépend du geste chirurgical.

Ces chirurgies, potentiellement traumatisantes, engendrent un préjudice esthétique et un handicap social relativement importants. Elles rendent le rôle de l'orthophoniste incontournable.

Cependant, la prise en charge est complexe puisque très différente d'un patient à l'autre, et d'une opération à l'autre.

Pour la HAS, en accord avec l'INCa, l'orthophoniste se place dans le parcours de soins du cancer de la thyroïde, dans un cadre pluridisciplinaire.

## **2.3.2. Les chirurgies de la cavité buccale et de l'oropharynx**

### **2.3.2.1. Définitions**

Les cancers de la cavité buccale, du pharynx et des lèvres sont fréquents (Remontet & al., 2003). On recense environ quinze mille nouveaux cas par an en France. Ces cancers sont traités par chirurgie puis sont suivis par l'équipe médicale.

Parmi ces chirurgies, on retrouve :

- les maxillectomies pouvant engendrer un reflux lors de la déglutition ;
- les glossectomies (partielles, totales ou subtotaes) ;
- les pelvi-glossectomies ;
- les pelvi-glosso-mandibulectomies interruptrices ;

- 
- les bucco-pharyngectomies transmandibulaires (BPTM).

Ces opérations ont des conséquences extrêmement diverses selon la tumeur à réséquer. De plus, le chirurgien peut être amené à poser un lambeau en reconstruction (tissus du patient), pouvant engendrer un défaut de sensibilité et gêner la déglutition.

Ces chirurgies étant la plupart du temps suivies de radiothérapie et/ou de chimiothérapie, les séquelles post-opératoires peuvent être aggravées.

### **2.3.2.2. Place de l'orthophonie**

L'orthophoniste intervient dans le programme thérapeutique global (Woisard & Puech, 2011). Il a un rôle d'informateur avant l'opération : il explique ce qui va changer pour le patient après l'intervention. La réhabilitation à proprement parler débutera, selon la chirurgie et la récupération du patient, entre le cinquième et le septième jour.

L'orthophoniste garde une place dans la réadaptation au cours de la radiothérapie (durant entre un mois et demi et deux mois). Ensuite, la prise en charge sera plus ou moins longue.

En ce qui concerne le premier essai alimentaire, il s'effectue en moyenne entre le dixième et le douzième jour.

La place de l'orthophonie est très importante après de tels actes chirurgicaux. En effet, l'objectif est de sevrer le patient de sa sonde naso-gastrique ou de sa gastrostomie (Woisard & Puech, 2011) et retrouver ainsi une autonomie au niveau de l'alimentation. Pour ce faire, l'orthophoniste devra trouver des stratégies d'adaptation, des postures adéquates. Il mettra en place une rééducation spécifique à chaque patient, selon les mécanismes lésés.

### **2.3.3. Les chirurgies pharyngo-laryngées**

#### **2.3.3.1. Définitions**

La dysphagie fait partie des signes cliniques des cancers du larynx (Hans & Brasnu, 2010). Ils représentent 15,6 tumeurs pour cent mille habitants en France (Prades & Reyt, 2013).

Ces chirurgies regroupent : (Woisard & Puech, 2011)

- les laryngectomies partielles supra-glottiques ;

- 
- les héli-pharyngo-laryngectomies ;
  - les laryngectomies supra-cricoïdiennes (crico-hyoïdo-épiglottopexie ou CHEP, crico-hyoïdopexie ou CHP).

Ces interventions peuvent engendrer des fausses routes et la radiothérapie n'arrange rien à ces troubles.

### **2.3.3.2. Place de l'orthophonie**

Le moment où l'orthophonie entre en jeu dépend de l'intervention. En effet, ces chirurgies sont différentes les unes des autres et n'engendrent pas les mêmes types de troubles.

Le rôle de l'orthophoniste est de conseiller le patient et d'adapter les manœuvres et les postures selon le type d'intervention effectué (Woisard & Puech, 2011). Il met en place des techniques spécifiques et évolutives. Il informe, éduque et surveille son patient au niveau de la déglutition, mais également de l'alimentation, les deux étant étroitement liés.

La rééducation de la phonation et de la déglutition est essentielle après laryngectomie partielle supra-cricoïdienne (Prades & Reyt, 2013).

Une chirurgie cancérologique du larynx entraîne une rééducation de la déglutition (Beatse & al., 1999), également nécessaire dans le cadre des CHEP et CHP, où elle sera longue.

La rééducation a pour but de protéger les VADS par l'apprentissage de postures adéquates (Beatse & al., 1999).

Enfin, lors des premiers essais de déglutition, l'intervention de l'orthophoniste est indispensable car le risque de fausses routes est important.(Beatse & al.,1999)

### **2.3.4. La radiothérapie**

#### **2.3.4.1. Définitions**

La radiothérapie est également un traitement curatif des cancers des VADS (Woisard & Puech, 2011). Elle se fait seule, ou accompagnée de chimiothérapie.

Selon une étude de Lazarus & al. (1996) citée par Woisard & Puech (2011), 40% des patients auraient des troubles de déglutition plus de six mois après leur radiothérapie (accompagnée ou non de chimiothérapie).

---

### **2.3.4.2. Place de l'orthophonie**

Les séquelles de la radiothérapie sur la déglutition sont fréquentes et compliquent la prise en charge orthophonique : il faut prendre en compte les difficultés de déglutition liées au cancer, à l'intervention chirurgicale mais également celles surajoutées par la radiothérapie.

La prise en charge orthophonique des troubles de la déglutition après radiothérapie se fait par des postures et des manœuvres facilitatrices et protectrices (Merenhole, 2012).

## **2.4. Dans les pathologies neurologiques**

### **2.4.1. Les traumatismes crâniens et l'éveil de coma**

#### **2.4.1.1. Définitions**

Les traumatismes crâniens graves engendrent très fréquemment des troubles de la déglutition : 93% des patients font des fausses routes et 50% d'entre eux finissent par souffrir d'une pneumopathie d'inhalation (Woisard & Puech, 2011). La prise en charge de ces troubles doit donc être précoce en raison de l'urgence vitale.

Concernant la déglutition, en phase d'éveil, on notera le plus souvent un défaut de déclenchement ; en phase de récupération, un défaut du contrôle oral qui sera fonction des lésions du patient.

Les séquelles de troubles de déglutition concerneront des difficultés de l'initiation du temps oral et un défaut de déclenchement (Woisard & Puech, 2011).

La gravité de la dysphagie dépendra, quant à elle, de la durée du coma (Woisard & Puech, 2011). Elle se traduit par de nombreuses fausses routes.

Pour la famille et le patient, la déglutition et ses troubles passent souvent bien après la récupération de la marche et de la parole. Ils ne semblent pas avoir conscience du risque encouru face à des troubles de la déglutition (Woisard & Puech, 2011).

Pour ces patients, la reprise alimentaire est l'objectif principal, tout comme l'est la reprise de la marche. Cependant, ils sont, le plus souvent, anosognosiques et souffrent de troubles neuropsychologiques, rendant la prise en charge plus difficile.

Les fausses routes aux liquides persistent longtemps après un traumatisme crânien grave, mais la prise en charge reste importante.

---

### **2.4.1.2. Place de l'orthophonie**

L'objectif de l'orthophoniste chez les traumatisés crâniens graves est de favoriser un éveil de coma de qualité et d'être à l'écoute des signes ayant un lien avec d'éventuels troubles de la déglutition (Woisard & Puech, 2011).

La rééducation orthophonique varie en fonction de la phase d'éveil dans laquelle se trouve le patient. L'évolution de la prise en charge dépendra de la gravité du traumatisme crânien mais aussi du patient, de ses difficultés et de son état en phase d'éveil.

## **2.4.2. Les Accidents Vasculaires Cérébraux**

### **2.4.2.1. Définitions**

Les Accidents Vasculaires Cérébraux (AVC) sont très fréquents. On comptabiliserait 130 000 nouveaux cas par an en France (Béjot & al., 2010 cités par Flamand-Roze & al., 2012).

Les troubles de la déglutition touchent 30 à 80% des patients en phase aiguë d'AVC et sont souvent transitoires (Woisard & Puech, 2011).

Les types de troubles diffèrent selon l'atteinte. Dans les AVC sylviens, on retrouve fréquemment un retard de déclenchement du réflexe de déglutition qui engendre des fausses routes avant ou après la déglutition. Dans les AVC du tronc cérébral (syndrome de Wallenberg), on note particulièrement un défaut du péristaltisme pharyngé donnant lieu à un blocage pharyngé et/ou à des fausses routes avant ou après la déglutition. Enfin, dans les syndromes pseudo-bulbaires, on retrouve un défaut de propulsion linguale engendrant des fausses routes avant la déglutition (Woisard & Puech, 2011).

### **2.4.2.2. Place de l'orthophonie**

La prise en charge des pathologies neurologiques (AVC, traumatismes crâniens) est plus vaste que la prise en charge des pathologies ORL. En effet, d'autres troubles s'associent aux troubles de la déglutition. La rééducation se fait en collaboration et guide la récupération du patient.

L'objectif de l'orthophoniste est plus de l'ordre d'une compensation des déficits que d'une récupération à proprement parler (Woisard & Puech, 2011). La prise en charge consiste principalement en des postures et des manœuvres d'adaptation.

---

La HAS appuie l'intervention de l'orthophoniste dans ses recommandations de bonne pratique dans le domaine de l'adulte atteint d'AVC. Ce texte stipule que « tout patient présentant des troubles de la déglutition doit bénéficier très rapidement d'une rééducation utilisant des modifications de texture des aliments, des techniques posturales, des exercices oro-faciaux et des manœuvres de déglutition planifiée par l'orthophoniste ou le masseur-kinésithérapeute en collaboration avec l'infirmier. ».

Il ne s'agira pas ici d'une rééducation mais d'une réadaptation (Lambert & Menage, 2013). L'orthophoniste aura un rôle de prévention, d'information et de guidance afin de sécuriser la déglutition auprès du patient mais également auprès des aidants. Pour cela, des aménagements et des adaptations seront proposés, tant au niveau de l'environnement qu'au niveau des textures.

Toutefois, il faut rester vigilant face à ces troubles de déglutition qui peuvent être le symptôme d'une pathologie sous-jacente.

## **2.5. Dans les pathologies neurodégénératives**

### **2.5.1. Maladie d'Alzheimer, maladies apparentées et autres démences.**

#### **2.5.1.1. Maladie d'Alzheimer et troubles de déglutition**

La maladie d'Alzheimer est la première cause de démence chez la personne âgée. Cette affection neurodégénérative affecte environ 20% des sujets de plus de 75 ans et près de 40% des sujets de plus de 90 ans. La maladie d'Alzheimer touche en France environ huit cent mille personnes (Girod-Roux, 2012).

La dysphagie pseudo-bulbaire de la maladie d'Alzheimer est due à des lésions cérébrales diffuses à l'origine de troubles cognitifs. Les comportements alimentaires volontaires et stéréotypés vont être modifiés et les fonctions orales, pharyngées et laryngées altérées (Girod-Roux, 2012).

Une étude pilote compare le temps de déglutition de sujets contrôles à celui de sujets atteints de la maladie d'Alzheimer débutante (Priefer & al., 1997 cités par Girod-Roux, 2012). Des différences notables telles qu'une phase orale allongée et un retard de déclenchement du réflexe de déglutition sont relevées dans cette étude.

L'atteinte sensorielle explique la présence de résidus alimentaires (Homer & al., 1994, cités par Girod-Roux, 2012).

Face à une maladie d'Alzheimer évoluée, on retrouve chez le patient une « détérioration globale des fonctions cognitives ». Celle-ci va perturber « la plupart

---

des activités volontaires dont la déglutition » (Girod-Roux, 2012). Une déglutition normale n'est observée que chez 7% des patients.

Les troubles de déglutition sont significativement liés à la sévérité de la démence, à l'autonomie du patient pour son alimentation et à l'apraxie bucco-faciale (Homer & al., 1994).

### **2.5.1.2. Autres démences et troubles de déglutition**

« Tous les types de démences peuvent s'accompagner de troubles de la déglutition, en particulier en fin d'évolution de la maladie » (Forster & al., 2013). Ils seront « aggravés par des troubles de l'attention, de la concentration et des problèmes praxiques » inhérents à la démence. Une étude de Suh & al., 2009 (citée par Forster & al., 2013) montre que la phase de la déglutition atteinte dépend du type de démence.

À un stade avancé, 93% des patients avec démence souffriraient de troubles de déglutition (Feinberg & al., 1992 cité par Desport & al., 2011).

À un stade très avancé, toutes les démences présentent les mêmes symptômes, quelque soit le diagnostic initial (Volicer, 2010).

### **2.5.1.3. Place de l'orthophonie**

La HAS implique les orthophonistes dans le parcours de soins des patients atteints de la maladie d'Alzheimer ou d'autres démences (Affection Longue Durée 15) pour « le bilan initial » mais également pour « le suivi en fonction du plan de soins et d'aides » (actualisation des recommandations de juillet 2012).

Pour le diagnostic et la prise en charge, elle recommande de maintenir et d'adapter les fonctions de communication, d'avoir un rôle de guidance auprès des familles et des soignants afin qu'ils s'adaptent « aux difficultés du malade ». En outre, elle rappelle que la prise en charge « concerne également les troubles de la déglutition » (Recommandations décembre 2011).

Le rôle majeur de l'orthophoniste est de dépister et d'identifier le plus précocement possible le trouble de déglutition. Dans la continuité des recommandations de la HAS, il doit sensibiliser les aidants et les soignants au repérage des situations à risque et proposer des adaptations quant à l'environnement et aux textures. Tester les praxies bucco-faciales et l'orientation

---

avant d'examiner la déglutition est conseillé, afin de se rendre compte du risque d'aspiration, la dysphagie étant corrélée aux troubles cognitifs (Martin & al., 1990).

Il est préconisé d'axer la rééducation sur le renforcement des aspects sensoriels de la déglutition avec les patients atteints de la maladie d'Alzheimer, afin d'améliorer leur prise de conscience des aliments en bouche (Suh & al., 2009, cités par Girod-Roux, 2012).

Les techniques habituelles de rééducation des troubles de la déglutition sont rarement applicables avec les patients présentant des troubles cognitifs étant donné que leur participation active est fortement requise (Girod-Roux, 2012).

## **2.5.2. Maladie de Parkinson et Syndromes Parkinsoniens**

### **2.5.2.1. Maladie de Parkinson et troubles de déglutition**

La maladie de Parkinson est la deuxième maladie neurodégénérative la plus fréquente (après celle d'Alzheimer). Les estimations quant à sa prévalence sont très variables, mais celle-ci serait de 1/1000 (Viallet & al., 2001).

Cette maladie est caractérisée par des symptômes spécifiques (akinésie, tremblement de repos, rigidité...) mais on retrouve également des symptômes secondaires tels que des troubles neurovégétatifs ou digestifs.

Les troubles neurovégétatifs sont fréquents chez les patients atteints de la maladie de Parkinson et ils sont très variables d'un patient à l'autre (Brefel-Courbon, 2009). Ils vont s'exprimer par des troubles gastro-intestinaux et notamment une hypersialorrhée et une dysphagie. Une étude de Verbaan & al., 2007 (citée par Brefel-Courbon, 2009) montre que les patients parkinsoniens présenteraient plus de symptômes de ce type que les sujets contrôles. L'hypersialorrhée et la dysphagie sont quatre fois plus fréquentes. 70 à 78% des patients présentent une hypersialorrhée (Pfeiffer, 2003 cité par Brefel-Courbon, 2009), causée par une déglutition insuffisante de la salive (Brefel-Courbon, 2009 ; Viallet & al., 2001), et qui « occasionne une gêne sociale importante » selon Brefel-Courbon (2009).

La prévalence de la dysphagie dans la maladie de Parkinson est de 30 à 80% selon les études et le type de méthode diagnostique utilisée. Ces patients sont exposés à un risque majeur d'aspiration et de pneumopathies d'inhalation. Les troubles peuvent survenir très tôt et précéder l'apparition des autres signes moteurs

---

classiques. La dysphagie n'est donc pas toujours un signe de progression de la maladie (Forster & al., 2013).

La HAS précise que, le plus souvent, ces troubles ne sont pas identifiés par les patients, mais qu'ils sont fréquents et très probablement précoces.

#### **2.5.2.2. Syndromes parkinsoniens et troubles de déglutition**

Des troubles de déglutition sont également retrouvés dans les syndromes parkinsoniens tels que la Paralyse Supranucléaire Progressive (PSP), la dégénérescence cortico-basale, la démence à corps de Lewy ou l'atrophie multi-systémique.

La dysphagie est incluse dans les signes cardinaux de la Paralyse Supranucléaire Progressive (Macia & al., 2003). En effet, dans 25% des cas, elle apparaît avant la dysarthrie. Les fausses routes sont de plus en plus fréquentes. La dysphagie devient un réel handicap pour le patient et conditionne son pronostic vital puisque « le décès est avant tout provoqué par des pneumopathies d'inhalation » (Litvan & al., 1997, cités par Macia & al., 2003).

On retrouve un syndrome pseudo-bulbaire dans la démence cortico-basale qui est souvent associé à la dysarthrie (Medjahed & al., 2008). Les rééducations telles que l'orthophonie sont essentielles (Defebvre, 2007).

La démence à corps de Lewy représente la deuxième cause de démence dégénérative après la maladie d'Alzheimer. Un syndrome pseudo-bulbaire est retrouvé. La dysphagie explique généralement l'amaigrissement de ces patients. L'orthophonie sera proposée au cas par cas (Defebvre, 2007).

Defebvre (2007) évoque une dysautonomie précoce dans l'atrophie multi-systémique mais ne cite pas les troubles de déglutition ni la place de l'orthophonie dans les traitements.

Les troubles de la déglutition sont donc tout aussi fréquents dans les syndromes parkinsoniens que dans la maladie de Parkinson. En général, ils sont plus précoces, plus sévères et résistants à la dopathérapie.

#### **2.5.2.3. Place de l'orthophonie**

La prise en charge doit être multidisciplinaire et coordonnée par le médecin traitant afin de fournir « une approche globale et à long terme » pour que le patient

---

garde un haut niveau d'autonomie le plus longtemps possible (Recommandations de la HAS de juin 2014).

Selon la HAS, l'orthophoniste est systématiquement impliqué dans le parcours de soins du patient atteint de la maladie de Parkinson ou d'un syndrome parkinsonien, que ce soit pour sa parole (dysarthrie hypokinétique) ou pour ses troubles de déglutition. Il a un rôle dans l'éducation thérapeutique du patient et de son entourage.

Si le patient en a besoin, l'orthophoniste propose des adaptations de l'environnement et des textures, des postures et des manœuvres pour sécuriser la déglutition lors des repas. Il apprend les gestes à suivre en cas de fausses routes aux aidants.

Pour la HAS, l'orthophoniste doit assurer le « suivi de l'état pondéral et des apports nutritionnels » ainsi que « la vigilance sur les risques de fausses routes ». Il intervient dès la phase d'état de la maladie et continue par la suite lors des autres phases afin d'assurer « le maintien des possibles » et d'effectuer un « travail actif et passif pour les troubles de déglutition ».

### **2.5.3. Sclérose Latérale Amyotrophique (SLA)**

#### **2.5.3.1. Définitions**

La SLA est une maladie neurodégénérative du motoneurone fréquente. Sa prévalence est de 4 à 6/100 000 (HAS, 2006).

Les troubles de la déglutition peuvent être un signe d'appel initial de la maladie et en inaugurent une forme bulbaire. C'est le cas pour 19 à 35% des patients. On parle de paralysie labio-glosso-pharyngo-laryngée.

Ils constituent un « facteur de gravité » de cette pathologie étant donné qu'ils peuvent entraîner une dénutrition ou l'entretenir et provoquent des fausses routes (Griffet-Lecoeur & Fleury, 2013).

#### **2.5.3.2. Sémiologie des troubles de déglutition**

On retrouve des troubles de déglutition chez 30% des patients atteints de SLA. Ils résultent « d'une faiblesse ou d'une spasticité des différents muscles impliqués dans la déglutition ». Au cours de la progression de la maladie, ils deviennent quasiment inéluctables (Forster & al., 2013).

---

Les troubles seront prédominants pour la déglutition des liquides et vont progressivement s'étendre aux solides (Griffet-Lecoeur & Fleury, 2013).

### **2.5.3.3. Place de l'orthophonie**

Le dépistage et la prise en charge des troubles de la déglutition est un enjeu majeur pour les patients atteints de cette pathologie. Ils se doivent d'être précoces. L'orthophoniste fait partie du parcours de soins dès le début des troubles de la déglutition ou du langage. Il a également un rôle dans l'éducation thérapeutique du patient. La HAS recommande un bilan de la déglutition dès l'apparition des premiers signes d'atteinte bulbaire afin d'anticiper les complications respiratoires dues aux fausses routes alimentaires. De plus, elle précise qu'il faut faire des bilans régulièrement.

### **2.5.4. Causes rares de troubles de la déglutition**

Des troubles de la déglutition sont présents dans d'autres pathologies neurodégénératives telles que la Maladie de Huntington ou la Sclérose en Plaques (SEP), mais ils sont plus rares (Forster & al., 2013). La HAS intègre l'orthophonie dans le parcours de soins des patients atteints de SEP mais pour la prise en charge des troubles cognitifs, et ne cite pas les troubles de déglutition.

Domaine	Pathologie	Moment d'intervention	Objectifs	Postures/manoeuvres/adaptations	HAS
ORL	Chirurgies cervico-faciales	Après la chirurgie	Récupération fonctionnelle PEC complexe car dépend de l'intervention		Orthophoniste dans parcours de soin du cancer de la thyroïde (+INCa)
	Chirurgies de la cavité buccale et de l'oropharynx	Avant l'opération ≈ J5/J7	Information Réhabilitation	Sevrage de la SNG/gastrostomie Autonomie alimentaire	
		Chirurgies pharyngo-laryngées	Dépend de l'intervention		Phonation/Dg : conseils, protection VADS
Radiothérapie			Complexe : radiothérapie + intervention chirurgicale + difficultés de Dg	Manœuvres/postures	
Neurologique	TC & éveil de coma	Selon phase d'éveil	Selon patient/gravité du TC		
	AVC	Dès hospitalisation	Compenser déficits/réadaptation Conseils/guidance	Manoeuvres/postures Aménagements/adaptations Tbs associés	Rééducation de la Dg
Neurodégénératif	Alzheimer	Le plus précocement possible	Maintenir/adapter fonctions Guidance	Rarement applicable (tbs cognitifs associés)	Bilan initial + suivi Tbs Dg
	Parkinson	Dès la phase d'état	Éducation thérapeutique	Multidisciplinaire + manœuvres/postures	Parole/Dg Suivi état pondéral Vigilance FR
	SLA	Diagnostic + PEC tbs Dg précoce	Éducation thérapeutique		Bilan de Dg
Autres	SEP				Tbs cognitifs

Tableau I : Place de l'orthophonie dans les différentes pathologies

---

## **3. Les formations**

### **3.1. Formation initiale**

#### **3.1.1. Historique de la formation**

Le métier d'orthophoniste n'a cessé d'évoluer depuis le 10 juillet 1964 (Annexe 8), date à laquelle il a été défini, permettant une mise à jour des pratiques et des champs de compétences.

##### **3.1.1.1. De 2013 à nos jours**

Le 30 août 2013, le décret n°2013-798 modifie les études en vue du certificat de capacité d'orthophonie. Auparavant en quatre ans, la formation se fait maintenant en cinq ans. Les études comptent trois mille cent cinquante-huit heures de cours magistraux et travaux dirigés, deux mille quarante heures de stages ainsi que quatre mille cent soixante-quinze heures de Travaux Personnels de l'Étudiant (TPE).

Elles comportent dix semestres, chacun correspondant à un nombre de crédits ECTS, comme dans le système LMD (Licence-Master-Doctorat).

Des cours sur la déglutition et ses troubles sont prévus tout au long de la formation.

Lors du semestre deux, une Unité d'Enseignements (UE) intitulée « Étude de la phonation, de la déglutition et de l'articulation » prévoit vingt heures de Cours Magistraux (CM), vingt heures de Travaux Dirigés (TD) et cinquante heures de TPE.

Pendant le semestre cinq, l'UE « Sémiologie et étiologie des pathologies de la phonation, de l'articulation et de la déglutition (dysphagie, aphagie) » prévoit vingt-cinq heures de CM, vingt-cinq heures de TD et cinquante heures de TPE.

Enfin, pendant le semestre huit, on aborde l'intervention orthophonique dans le cadre des pathologies de la phonation, articulation, déglutition, pendant quinze heures de CM, vingt-cinq heures de TD et trente heures de TPE.

Avant cette importante modification, les études d'orthophonie se déroulaient en trois ans (de 1964 à 1986) puis en quatre ans (de 1986 à 2013).

---

### 3.1.1.2. Entre 1964 et 1986

La loi du 10 juillet 1964 définit l'orthophoniste comme toute personne qui exécute des actes de rééducation de la voix, de la parole, du langage oral ou écrit, sans la présence d'un médecin. Il exerce sur ordonnance médicale.

Il est notable dès cette première loi que la déglutition ne rentre dans aucune catégorie citée « voix, parole, langage ».

Elle s'est intégrée à la formation au métier d'orthophoniste au cours de son évolution (tableau récapitulatif en annexe 9).

Cette première loi de 1964 se trouve renforcée deux ans plus tard par le décret du 10 novembre 1966 pour la création d'un Certificat de Capacité d'Orthophoniste (C.C.O.) dans les facultés de médecine.

Pour avoir accès à ces trois années de formation, il faut être titulaire du baccalauréat (ou équivalence). Dans ce décret, on parle de la prise en charge de l'audition, de la voix, de la parole et du langage. De nouveau, la déglutition n'est pas représentée et aucun cours n'est donné à ce sujet.

Le savoir est transmis par des professeurs de la faculté de médecine, et les stages ont lieu dans des services de consultation ORL, neurologique, et de neuropsychiatrie infantile.

Le 20 octobre 1969, un nouveau décret vient réglementer l'accès aux études en vue de l'obtention du C.C.O. par la création d'un contrôle des aptitudes psychophysiques. Les étudiants doivent le valider pour pouvoir poursuivre leurs études. Il s'agit aujourd'hui d'un concours d'entrée dans l'école.

Les attentes quant à la formation au métier d'orthophoniste se précisent avec l'arrêté du 14 décembre 1972. Il ajoute que, sur les trois ans de formation, il y a huit cent trente-trois heures de théorie et de pratique. Le programme n'inclut pas encore de cours abordant la déglutition. En ce qui concerne les stages, l'arrêté apporte des précisions : en première et en deuxième année, les étudiants assurent au minimum trois demi-journées de stage (en ORL, en neurologie et en psychiatrie). En dernière année, le nombre minimal est de cinq demi-journées. Ces stages ne peuvent avoir lieu que dans des structures, des établissements, les stagiaires ne pouvant pas choisir de cabinet libéral.

Ce décret sera modifié par l'arrêté du 16 septembre 1977 (Annexe 10) qui ne change rien sur le fond mais seulement sur la forme : seules deux matières ont été inversées entre la première et la deuxième année par rapport au précédent arrêté.

---

### **3.1.1.3. Entre 1986 et 2013**

Arrivant neuf ans après l'arrêté de 1977, l'arrêté du 16 mai 1986 est très important. En effet, vingt ans après le premier décret de 1964, la profession va connaître un tournant quant à sa formation : elle ne se déroulera plus en trois mais en quatre ans. Les heures de cours sont presque doublées, passant de huit cent trente-trois heures à mille cinq cent soixante-dix-neuf heures minimum de CM et de TD. Vingt heures de cours intitulés « rééducation oro-myo-fonctionnelle » abordant les troubles de la déglutition et la dysphagie sont intégrés dans les enseignements des matières spécifiques. Ils sont une grande nouveauté de la formation en quatre ans. On retrouve également des cours d'Oto-Rhino-Laryngologie dans les enseignements médicaux indispensables.

Mille deux cents heures minimum de stage sont prévues. Il est maintenant possible de les effectuer en cabinet libéral. Les stages sont obligatoires et doivent être « diversifiés pour assurer l'acquisition des compétences définies » d'après le texte de loi.

Le 25 avril 1997, un nouvel arrêté (Annexe 11) vient modifier celui de mai 1986. Il augmente le volume horaire qui passe de mille cinq cent soixante-dix-neuf heures minimum à mille six cent quarante, mille cent quarante heures étant consacrées aux enseignements de matières spécifiques et cinq cents heures aux notions générales. vingt heures sont toujours allouées à la déglutition et à ses troubles. Rien ne change au niveau des stages.

### **3.1.2. Formation en quatre ans : état des lieux des écoles françaises en 2014**

Pour effectuer ce travail, nous avons démarché chaque école française soit seize au total (les deux écoles plus récentes n'entrant pas dans la formation en quatre ans, mais directement dans les cinq ans de la réforme de 2013). Pour ce faire, nous avons envoyé un e-mail et/ou téléphoné à chaque école, leur demandant le volume horaire des cours destinés à la déglutition et à la dysphagie chez l'adulte.

Très peu d'écoles nous ont envoyé un retour, malgré de nombreux rappels de notre part (arrêt des prises de contact début avril 2015). Certaines informations proviennent donc des sites internet des écoles de formation. Ces renseignements n'étant pas toujours disponibles sur internet, nous n'avons parfois pas pu recueillir les informations attendues.

---

Un tableau récapitulant nos recherches est disponible (Annexe 12).

Nous avons tout de même pu constater, grâce aux renseignements que nous avons recueillis, de grandes disparités entre les formations initiales françaises.

En effet, le volume horaire total des quatre années est très variable d'une école à l'autre. Par exemple, l'école de Lille totalise trente-trois heures de CM et huit heures de TD, Marseille cinquante-et-une heures de CM et douze heures de TD, seulement dix heures de CM pour l'école de Montpellier, et cent cinq heures de CM et soixante-trois heures de TD dans l'école de Toulouse.

Ces disparités se retrouvent également dans la répartition des cours sur les quatre ans. Certaines écoles comme Paris, Montpellier ou Nice ne dispensent pas de cours dans le domaine de la déglutition de l'adulte lors de la première année, l'école de Marseille, de Nice, et de Strasbourg n'en dispensent pas en seconde année alors que toutes les écoles en proposent en troisième année. Enfin, seules les écoles de Lille et de Strasbourg proposent des enseignements dans ce domaine en quatrième année. Pour résumer, l'école de Lille est la seule à proposer des cours dans le domaine de la déglutition chez l'adulte chaque année, les autres les proposant plutôt sur deux ou trois ans d'études.

Enfin, certaines formations comme celle de Montpellier proposent dix heures de CM. L'école de Toulouse oblige ses étudiants à réaliser un stage de trente heures dans le domaine de l'articulation et de la déglutition.

Le point commun entre les formations initiales françaises est tout de même le fait que, pour inculquer l'enseignement, la faculté fait appel à des orthophonistes et à des médecins oto-rhino-laryngologues (ORL).

## **3.2. Formation continue**

### **3.2.1. Historique**

La formation continue a toujours été « l'un des piliers du syndicalisme professionnel des orthophonistes. » Dès 1955, Suzanne Borel-Maisonny propose et anime des sessions de formations et d'échanges interdisciplinaires, avant même qu'une quelconque loi sur la formation continue existe en France. Les orthophonistes sont des professionnels qui ont toujours cherché à améliorer leur pratique et à échanger autour de leur métier (Hénault, 2008).

---

Afin de permettre aux professionnels libéraux de se former, des mesures sont mises en place. Le 27 mars 1993, un arrêté crée un fond dédié à la formation : le FIF-PL (Fond Interprofessionnel de Formation des Professionnels Libéraux). Il est financé grâce aux contributions obligatoires à l'URSSAF (Unions de Recouvrement des cotisations de Sécurité Sociale et d'Allocations Familiales) par les professionnels libéraux et les chefs d'entreprise. Il permet de financer la participation à la formation. De plus, la loi du 2 août 2005, propose un crédit d'impôt aux professionnels ayant participé à une formation afin de les indemniser du temps passé en formation continue (FC).

La loi du 9 et 13 août 2004 rend la FC obligatoire pour les médecins ainsi que pour les professions paramédicales. Cette loi est étroitement liée à l'évaluation des pratiques professionnelles et rappelle que la FC « a pour finalité le perfectionnement des connaissances et la qualité des soins » et qu'elle « est obligatoire pour toutes les personnes mentionnées au présent livre » (article L4382-1, chapitre 2 de la loi d'août 2013 cité par Hénault, 2008).

La loi de juillet 2009 amène un nouveau concept : le Développement Professionnel Continu (DPC). Il « a pour objectif l'évaluation des pratiques professionnelles, le perfectionnement des connaissances, l'amélioration de la sécurité des soins ainsi que la prise en compte des priorités de santé publique et de la maîtrise médicalisée des soins ». Cependant, son application n'a pu se faire dès la date de sa publication puisqu'il a fallu de nombreux décrets afin qu'il puisse être opérationnel. Il n'a pu entrer en vigueur qu'en 2013.

Chaque professionnel doit se former annuellement grâce à un programme de DPC. Ils sont proposés par des organismes dont la méthode est validée par la HAS et dont les objectifs sont définis ministériellement.

La Fédération Nationale des Orthophonistes (FNO) a recensé environ soixante-dix organismes de formations spécifiques aux orthophonistes ainsi que « d'autres organismes à spectre plus étendu tels que l'université » (Hénault, 2008).

### **3.2.2. Les formations continues pour la dysphagie**

Lorsque nous cherchons à nous renseigner sur les formations continues, un très large choix s'offre à nous (Annexe 13). En effet, il s'agit de choisir entre des congrès, des formations universitaires, des formations par des organismes divers,

---

des formations répertoriées par la FNO ou encore des formations assurées par des orthophonistes indépendamment d'organismes.

Nous verrons que ces formations proposées sont très diverses dans leur contenu, tant par leur volume horaire que par la qualification des intervenants, ou encore par leur prix.

Certaines font partie du DPC, d'autres non. Nous allons constater que le choix de FC sur le thème de la rééducation de la déglutition est très large, et que les formations sont inégales.

Dans le cadre des troubles de la déglutition, une formation universitaire fait consensus : il s'agit du Diplôme Inter-Universitaire (DIU) proposé à Toulouse et à Montpellier. Il se prépare en un an (quatre-vingt-seize heures d'enseignements), sous la forme de trois modules de trois jours. Un stage pratique de trois jours minimum est obligatoire. Cette formation concerne les doctorants en médecine et les orthophonistes. Elle vient compléter la formation initiale, coûte 400€ auxquels il faut ajouter 169€ de frais d'inscription et elle rentre dans le cadre du DPC.

La FNO répertorie elle aussi des organismes de formation. Trois d'entre eux ont proposé cette année aux orthophonistes (et autres professionnels de la santé) de se former en déglutition : SDORMP FORM, SDORRA FORM et SRONP'FORM.

La formation proposée par le SDORMP FORM s'intitule « Troubles de la déglutition neuro-gériatriques : bilans, rééducation, prévention ». Elle s'adresse aux logopèdes, orthophonistes, médecins et infirmiers, dure trois jours (soit vingt-et-une heures) et coûte 510€. Elle est assurée à Toulouse par deux orthophonistes et rentre dans le cadre du DPC.

La formation proposée par le SDORRA FORM s'appelle « Dysphagies neurologiques : évaluation et prise en charge ». Elle s'adresse aux orthophonistes et dure deux jours (soit douze heures), la première journée étant consacrée à de la théorie, la deuxième à de la pratique. Cette formation est assurée par une orthophoniste, dans la ville de Lyon et coûte 228€.

Enfin, la formation proposée par le SRONP'FORM s'intitule « Intervention orthophonique après une chirurgie bucco-pharyngo-laryngée » et dure deux jours (soit treize heures). Deux orthophonistes assurent cette formation pour un coût de 208€. Elle rentre dans le cadre du DPC.

Ces trois formations abordent les troubles de la déglutition mais ne traitent pas des mêmes pathologies : du neuro-gériatrique, à la chirurgie ORL, en passant par le

---

neurologique pur, leur programme est éminemment différent. Le tarif de ces journées de formation est très variable lui aussi, allant du simple au double. Elles sont également différentes quant au public qu'elles visent, s'ouvrant plus ou moins aux autres professionnels de santé.

Enfin, pour se former, des congrès et conférences sont proposés par certaines villes ou universités. À Lille, en octobre 2014, a été proposée une conférence d'une heure trente sur le « diagnostic et la prise en charge des troubles de la déglutition ». Elle était assurée par le Professeur Verin (médecin du service de médecine physique et de réadaptation de Rouen) et ouverte aux étudiants en orthophonie, aux orthophonistes ainsi qu'aux étudiants et professionnels d'autres branches de la médecine. Une participation de 10€ était demandée aux participants non étudiants.

Il faut retenir de cette pléthore de formations qu'elles sont très différentes les unes des autres selon, tout d'abord le thème qu'elles abordent. En effet, même si toutes les formations citées ci-dessus concernent la déglutition, elles n'abordent pas cette pathologie dans le même cadre, allant de notions générales à des notions plus précises, dans des contextes particuliers (neuro-gériatrique, ORL, neurologique...).

De plus, leurs tarifs sont disparates. Parfois, deux jours de formation peuvent revenir au même prix que le DIU qui dure trois fois trois jours répartis sur une année.

Enfin, les intervenants viennent également de formations ou d'orientations différentes.

Pour conclure sur les formations continues, nous pouvons affirmer qu'elles viennent compléter les formations initiales, qu'elles sont nombreuses et abordent des thèmes divers. L'orthophoniste peut et doit alors se former au-delà de son diplôme en profitant de l'offre très riche proposée par les formations continues.

---

## **4. Buts et hypothèses**

### **4.1. Buts**

Lors de nos stages cliniques, nous avons pu constater la difficulté qu'avaient les patients adultes atteints de troubles de la déglutition à trouver un orthophoniste à leur sortie d'hôpital. Souhaitant profiter de la réforme des études et de l'élaboration d'une nouvelle maquette en cinq ans, nous avons souhaité mener une enquête auprès du plus large échantillon d'orthophonistes français possible. Notre but étant alors de mesurer la proportion d'orthophonistes interrogés prenant en charge les troubles de la déglutition chez l'adulte et surtout de connaître leur avis quant à cette prise en charge large, jeune et diversifiée.

Prenant en compte les commentaires et remarques de nos collègues étudiants en dernière année au sein du Département d'Orthophonie de Lille, il nous a semblé intéressant de mener la même enquête auprès de notre promotion afin de comparer, quand cela nous était possible, leurs résultats à ceux obtenus au sein de notre échantillon d'orthophonistes libéraux français.

Nous avons, dans ce but élaboré deux questionnaires (un pour les orthophonistes, un pour les étudiants) et analysé les résultats recueillis pour savoir si nos hypothèses étaient validées ou non.

### **4.2. Hypothèses**

D'après nos constatations de stages, nous nous attendions à ce qu'une grande majorité d'orthophonistes ne prenne pas en charge les troubles de la déglutition chez l'adulte.

Nous souhaitons relever l'existence ou non d'inégalités entre les instituts de formation ainsi que des inégalités de prise en charge inter-régionales. Nous voulions également connaître l'avis des orthophonistes quant à cette prise en charge, mettre en avant les difficultés qu'ils rencontrent en prenant en charge ces troubles ainsi que les raisons de refus données par ceux ne les prenant pas en charge.

Nous avons émis les trois hypothèses qui suivent.

Nous avons supposé que les orthophonistes français diplômés avant 2002, date du décret de compétences incluant les troubles de la déglutition à la

---

Nomenclature, prennent moins en charge les troubles de la déglutition que les orthophonistes diplômés après le décret de 2002 (hypothèse 1).

Nous avons également émis l'hypothèse qu'en France, les orthophonistes ayant entrepris une formation complémentaire sur les troubles de la déglutition chez l'adulte vont davantage prendre en charge ces troubles que les orthophonistes n'ayant pas suivi de formation complémentaire (hypothèse 2).

Enfin, notre dernière supposition était qu'en France, les orthophonistes trouvent que leur formation initiale concernant les troubles de la déglutition n'est pas suffisante, alors que leur formation initiale pour les autres troubles l'est (hypothèse 3).

---

# Sujets, matériel et méthode

---

# **1. Populations d'étude**

## **1.1. Échantillonnage et intervalle de confiance**

### **1.1.1. Échantillonnage**

Afin d'étudier les caractéristiques de notre population d'étude, nous avons dû en prélever un échantillon, ne pouvant pas étudier l'ensemble de la population d'intérêt.

Nous souhaitons obtenir un échantillon le plus représentatif possible de la population étudiée.

Le seul moyen de calculer la probabilité d'obtenir par hasard des caractéristiques différentes entre l'échantillon et la population d'intérêt est le tirage au sort, c'est pourquoi nous avons utilisé cette méthode.

### **1.1.2. Intervalle de confiance**

L'intervalle de confiance (IC) d'un pourcentage ou d'une moyenne est l'intervalle dans lequel la vraie valeur a 95% de chance de se situer.

Il permet donc d'extrapoler les résultats à une population d'intérêt, dans le cas où l'échantillon étudié a été tiré au sort au sein de cette population, comme c'est le cas pour notre étude.

## **1.2. Orthophonistes libéraux en France métropolitaine**

### **1.2.1. Répartition française des orthophonistes**

Notre étude ayant pour but de faire un état des lieux de la prise en charge orthophonique (PECO) des troubles de la déglutition chez l'adulte en France, il nous a fallu étudier la répartition française des orthophonistes libéraux sur notre territoire. Il fallait en effet que nous contactions, sur notre échantillon d'une centaine d'orthophonistes libéraux, un nombre dans chaque région qui soit proportionnel au nombre total d'orthophonistes par région sur notre territoire.

Pour cela, nous sommes allées sur le site de l'INSEE (Institut National de la Statistique et des Études Économiques) et avons relevé le nombre d'orthophonistes par région pour cent mille habitants (Annexe 14). Nous avons ensuite effectué un

---

calcul de proportionnalité pour obtenir le nombre d'orthophonistes à contacter afin d'avoir un échantillon proportionnel d'une centaine d'orthophonistes libéraux.

Le calcul était le suivant :

$$\frac{\text{Nombre d'orthophonistes par région pour 100 000 habitants}}{\text{Nombre total d'orthophoniste en France pour 100 000 habitants}} * 100$$

Par exemple pour le Nord Pas de Calais :

$$\frac{39}{588} * 100 \approx 7$$

Nous avons donc appelé sept orthophonistes dans le Nord Pas de Calais.

Nous avons ensuite regroupé les régions entre elles, tout en gardant les proportionnalités calculées précédemment. Nous avons choisi un premier regroupement de régions qui, en septembre est devenu archaïque, le gouvernement ayant publié une nouvelle carte de France comptant moins de régions qu'actuellement. En novembre, le gouvernement a de nouveau changé ses regroupements régionaux, nous amenant à modifier notre répartition pour la dernière fois. Nous nous sommes donc basées sur la nouvelle et future division de la France en treize régions (Tableau II, page suivante) : la région Nord Pas-de-Calais Picardie, la Normandie (Haute et Basse réunies), la région Ile de France, la région Centre, la région Bretagne, les Pays de la Loire, la région regroupant Poitou-Charentes Limousin et Aquitaine, la région regroupant Midi-Pyrénées et Languedoc-Roussillon, la région Provence-Alpes-Côte d'Azur, la Corse, la région regroupant Auvergne et Rhône-Alpes, la région regroupant la Bourgogne et la Franche-Comté et enfin, la région regroupant Champagne Ardennes, Lorraine et Alsace.

	<b>Effectifs</b>
Nord Pas de Calais Picardie	10
Normandie (Haute et Basse)	7
Ile de France	6
Centre	5
Bretagne	5
Pays de la Loire	5
Poitou Charentes Limousin Aquitaine	11
Midi Pyrénées Languedoc Roussillon	13
PACA	7
Corse	4
Auvergne Rhône Alpes	9
Bourgogne Franche Comté	8
Champagne Ardennes Lorraine Alsace	13
Total.valides	103

**Tableau II : Nombre d'orthophonistes libéraux à appeler par regroupement de régions**

### **1.2.2. Critères d'inclusion**

Nous souhaitons avoir une population la plus large possible et ne voulions en aucun cas risquer de biaiser notre analyse et donc nos résultats.

Pour ce faire, nous n'avons pas publié notre questionnaire sur les réseaux sociaux, risquant de cibler des professionnels se tenant informés de manière particulièrement assidue sur leur métier. Nous avons donc choisi, sur les conseils de notre directrice de mémoire et du docteur en statistiques, de proposer le questionnaire à des orthophonistes tirés au sort sur les pages jaunes.

Être un orthophoniste travaillant en libéral était notre principal critère d'inclusion même si l'un d'eux nous indiquait, au cours de l'entretien téléphonique, ne pas prendre en charge les troubles de la déglutition chez l'adulte, nous l'encourageons à répondre à notre enquête, son ressenti pouvant nous intéresser.

### **1.2.3. Méthode d'échantillonnage**

Nous avons réalisé notre tirage au sort depuis le site internet des Pages Jaunes.

Un grand nombre de pages se chargeait et nous sommes allées de page en page prendre des noms et des numéros de téléphone au hasard. De cette façon,

---

nous avons fait trois listes d'orthophonistes tirés au sort (soit trois fois le nombre d'orthophonistes que nous souhaitons dans notre échantillon).

Une fois les listes créées, il nous a fallu deux mois pour recenser les cent trois questionnaires attendus.

### **1.3. Étudiants en quatrième année d'orthophonie à Lille**

À la suite d'un rendez-vous avec notre directrice de mémoire au mois de décembre, nous avons décidé de demander l'avis de nos collègues étudiants de dernière année d'orthophonie quant à leur ressenti sur la formation, dans le domaine de la déglutition, puis plus généralement dans tous les domaines confondus.

Nous souhaitons savoir s'ils se sentent capable, en cette fin de cursus universitaire, de prendre en charge des patients adultes souffrant de troubles de la déglutition et voulions recueillir leurs remarques et impressions.

Un questionnaire a donc été proposé à l'ensemble des cent vingt étudiants de notre promotion depuis un réseau social auquel nous avons tous accès ainsi que par mail. Nous avons recueilli cent réponses.

---

## **2. Méthode de recueil des données**

### **2.1. Questionnaire destiné aux orthophonistes**

#### **2.1.1. Élaboration du questionnaire**

Nous avons créé notre questionnaire grâce à « Google Drive » qui en permet la création par l'intermédiaire d'un « Google Doc ». Le logiciel est facile d'utilisation et ne limite pas le nombre de questions. Le questionnaire étant en ligne, nous pouvions envoyer le lien par mail aux orthophonistes le désirant.

Nous avons élaboré un questionnaire bref mais informatif afin d'avoir le plus de réponses possible et de ne pas décourager les orthophonistes volontaires. Pour cela, vingt-cinq questions courtes ont été posées, le questionnaire durant en moyenne cinq minutes (Annexe 15).

Cinq questions sont des questions d'identification (année du diplôme, centre de formation d'origine, région d'exercice, type d'exercice, années d'expérience en libéral). Huit sont des questions fermées (dont deux questions fermées dichotomiques oui/non), six questions sont à choix unique et le participant a la possibilité de répondre « autre » et de préciser ses réponses.

Pour les questions demandant plus de temps et de précisions (trame rééducative, domaines dans lesquels ils se sentaient le plus à l'aise en sortant de l'école, précisions), les réponses ne sont pas obligatoires. Seules onze questions le sont.

Les vingt questions restantes abordent le thème des troubles de la déglutition à travers la formation initiale (cours et stages), les pratiques professionnelles (prise en charge de la dysphagie ou non, types de pathologies prises en charge, fréquence de la demande, trame rééducative...), la formation continue, le ressenti quant à cette rééducation.

Certaines questions demandent des réponses quantitatives, qui nous ont permis de réaliser une étude statistique mais également de questions nécessitant des réponses qualitatives que nous avons également analysées par la suite.

---

### **2.1.2. Recueil des données**

Afin de recueillir nos données, nous avons contacté les orthophonistes par mail lorsque nous en avons la possibilité ou par téléphone. Un grand nombre d'entre eux ont préféré répondre au questionnaire en ligne plutôt qu'au téléphone.

Étant disponible sur internet, il nous était aisé d'envoyer le lien du questionnaire aux orthophonistes le désirant. Une fois complété, il leur suffisait de valider pour que nous puissions avoir accès aux réponses anonymes dans un tableur en ligne, proposé par « Google Drive ».

Une fois toutes nos réponses obtenues, nous les avons traduites en données chiffrées dans un tableur, selon les consignes de la plate-forme méthodologique, afin de pouvoir les exploiter pour l'analyse statistique.

## **2.2. Questionnaire destiné aux étudiants**

### **2.2.1. Élaboration du questionnaire**

Nous avons élaboré ce second questionnaire bien après le premier. Il vient enrichir les données recueillies parmi les orthophonistes.

Il est destiné aux étudiants de notre promotion et se rapproche du questionnaire que nous avons proposé aux professionnels. Nous avons supprimé les questions concernant l'exercice libéral et approfondi celles sur la formation et les stages.

Sa passation est très courte puisqu'il est composé de onze questions, dont quatre sont en commun avec le questionnaire des orthophonistes (Annexe 16).

Nous avons posé deux questions ouvertes (ressenti et précisions) afin d'avoir des données qualitatives en plus de nos données quantitatives.

Quatre sont des questions fermées à choix multiples. Nous en avons également quatre fermées à choix unique.

### **2.2.2. Recueil des données**

Le lien du questionnaire a été posté sur le groupe de la promotion sur un réseau social. Nous avons également fait appel à nos collègues en amphithéâtre, lors de nos cours du mois d'avril, afin d'obtenir les dernières réponses et de proposer le questionnaire à ceux et celles qui ne faisaient pas partie du groupe. Nous avons, à cette occasion, envoyé un mail contenant le lien du questionnaire à dix-sept personnes de notre promotion.

---

Nous avons recueilli les données dans « Google Drive », qui nous les a organisées dans une page de tableur. Nous n'avons pas fait appel à l'aide méthodologique pour ces résultats, nous avons utilisé l'analyse statistique proposée par « Google Drive ».

---

## **3. Analyse statistique**

Dans le cadre des questionnaires proposés à notre population d'étude, nous avons effectué une analyse statistique. Nous avons donc dû prendre connaissance des variables à utiliser afin d'analyser les données recueillies.

### **3.1. Pour l'échantillon des orthophonistes libéraux en France métropolitaine**

#### **3.1.1. Analyse statistique univariée**

##### **3.1.1.1. Variables qualitatives monovaluées**

Une variable qualitative monovaluée est une variable pour laquelle la valeur mesurée sur chaque individu ne représente pas une quantité mais des modalités exclusives. La personne interrogée ne peut donc choisir qu'une réponse aux questions impliquant ce type de variable.

Ses paramètres sont l'effectif, c'est-à-dire le nombre d'observations par modalité et le pourcentage, soit la fréquence d'observation de la modalité concernée dans l'échantillon.

On la représente dans un tableau ainsi que sur un diagramme en barres.

Nous avons utilisé la variable qualitative monovaluée pour rendre compte de l'année d'obtention du diplôme des personnes de notre échantillon et de leur école de formation.

##### **3.1.1.2. Variables qualitatives binaires**

Une variable qualitative binaire est une variable qui possède deux modalités exclusives (oui/non).

Ses paramètres sont les mêmes que pour une variable qualitative monovaluée, c'est-à-dire : l'effectif et le pourcentage.

Graphiquement, ce type de variable est représenté par un diagramme circulaire ou « pie chart ».

Nous avons utilisé la variable qualitative binaire pour rendre compte :

- de l'obtention du diplôme avant 2002, oui ou non ;
- de la dysphagie vue en stage, oui ou non ;

- 
- de la prise en charge de la déglutition, oui ou non ;
  - de la réalisation d'essais alimentaires, oui ou non ;
  - de la participation à une formation continue complémentaire, oui ou non ;
  - de l'orientation vers un collègue compétent si la personne interrogée ne prend pas en charge la déglutition, oui ou non ;
  - et enfin, du type d'exercice (libéral ou mixte) qui est une variable qualitative monovaluée à deux modalités et que l'on a donc transformée en variable qualitative binaire.

### **3.1.1.3. Variables quantitatives continues**

Une variable quantitative continue est une variable que l'on peut mesurer et qui prend un grand nombre de valeurs distinctes.

Les paramètres de ce type de variable sont des paramètres de position (moyenne, médiane et quartile) et des paramètres de dispersion (écart-type).

On les représente graphiquement par un histogramme et/ou une boîte à moustache (ou « box-plot »).

Dans le cadre de notre étude statistique, nous avons utilisé ce type de variable pour quantifier le nombre d'années d'exercice en cabinet libéral.

### **3.1.1.4. Variables qualitatives ordonnées**

La variable qualitative ordonnée possède des modalités admettant un ordre ou une hiérarchie. Les paramètres de cette variable sont l'effectif et le pourcentage.

On la représente par un diagramme en barre.

Nous avons eu recours à ce type de variable afin de connaître les régions d'exercice de notre échantillon, le ressenti des personnes interrogées quant à la qualité de la formation initiale dans le domaine de la déglutition et de façon plus large (tout à fait suffisante, plutôt suffisante, plutôt pas suffisante, pas du tout suffisante) mais aussi pour connaître la fréquence des demandes de prise en charge des troubles de la déglutition chez l'adulte (très souvent, souvent, parfois, rarement, jamais).

---

### **3.1.1.5. Variables qualitatives multivaluées**

Une variable qualitative multivaluée présente des modalités non exclusives. Ses paramètres sont l'effectif et le pourcentage. Chaque modalité possède son propre total. De même, il se peut que le pourcentage cumulé soit supérieur à cent, un même sujet pouvant se trouver dans plusieurs modalités simultanément (à la question posée, la personne interrogée peut choisir plusieurs réponses et non une seule).

Graphiquement, on la représente par un diagramme en barres.

Nous avons utilisé la variable qualitative multivaluée afin de connaître les pathologies prises en charge par notre échantillon d'orthophonistes (pathologies ORL, neurologiques, neurodégénératives, ou autres), les raisons de la non prise en charge de ce type de troubles (manque de formation, peur du risque vital, manque de moyens techniques, choix personnel, autres raisons), les lieux de pratique des essais alimentaires (au domicile du patient, au cabinet orthophonique, en EHPAD, ailleurs) et les raisons de la non pratique de ces essais (manque de moyens techniques, trop dangereux, autres raisons).

### **3.1.2. Analyse statistique bivariée**

Afin d'analyser les réponses obtenues lors de notre enquête, il nous a fallu faire des associations entre deux variables qualitatives, c'est-à-dire un test du Chi 2.

Les associations réalisées dans ce type d'analyse sont ou ne sont pas significatives. Si  $p$  est inférieur à 0,05, on considère que l'association est significative au risque de 5%. Si  $p$  est supérieur à 0,05, on considère qu'elle n'est pas significative au risque de 5%.

Ce type d'analyse est représenté par un diagramme en mosaïque.

Dans le cadre de notre étude, nous avons réalisé trois associations entre deux variables qualitatives :

- une première association entre la prise en charge ou non de la déglutition et l'obtention du diplôme avant 2002 ;
- une deuxième association entre la prise en charge ou non de la déglutition et la participation à une formation continue complémentaire ;
- une dernière association entre la qualité de la formation initiale dans le domaine de la déglutition et la qualité de la formation initiale de façon plus générale.

---

## **3.2. Pour l'échantillon des étudiants en orthophonie de Lille**

### **3.2.1. Analyse statistique univariée**

#### **3.2.1.1. Variables qualitatives monovaluées**

Comme vu précédemment, une variable qualitative monovaluée est une variable pour laquelle la valeur mesurée sur chaque individu ne représente pas une quantité mais des modalités exclusives.

Nous avons utilisé la variable qualitative monovaluée pour rendre compte du type d'exercice envisagé par les étudiants de Lille après obtention de leur diplôme (en cabinet libéral, en exercice mixte, en structure, ne sait pas encore) et pour savoir s'ils se sentaient capable de prendre en charge les troubles de la déglutition chez l'adulte lorsqu'ils seront en exercice (oui, oui avec une formation complémentaire, non).

#### **3.2.1.2. Variables qualitatives ordonnées**

Nous avons défini plus tôt ce que sont les variables qualitatives ordonnées.

Nous les avons utilisées pour connaître le ressenti des étudiants interrogés quant à la qualité de la formation initiale dans le domaine de la déglutition ainsi que de façon plus large (tout à fait suffisante, plutôt suffisante, plutôt pas suffisante, pas du tout suffisante) mais également pour savoir s'ils comptaient se former en déglutition à l'issue du diplôme (oui assez rapidement, oui mais pas immédiatement car ce n'est pas ma priorité, non, autre).

#### **3.2.1.3. Variables qualitatives multivaluées**

Ces variables ont été définies dans le paragraphe précédent.

Nous les avons utilisées ici afin de savoir si les étudiants interrogés ont pu voir des troubles de la déglutition chez l'adulte en stage et en quelle année (oui en première année, oui en deuxième année, oui en troisième année, oui en quatrième année, non). Nous avons utilisé ce type de variable pour connaître les lieux de stage sur lesquels ils ont vu la prise en charge de la dysphagie (en structure, en cabinet libéral, au domicile du patient, autre) mais également le(s) type(s) de pathologie(s) avec le(s)quel(s) ils se sentent le plus à l'aise (pathologies ORL, pathologies neurologiques, pathologies neurodégénératives, autre). Enfin, cette variable a été

---

utilisée pour étudier, dans le cas où les étudiants ne souhaitent pas, à l'issue de leur diplôme, prendre en charge les troubles de la déglutition de l'adulte, les raisons de ce refus (manque de formation, peur du risque vital, manque de moyens techniques tels que l'aspiration, choix personnel car pas d'attrait pour ce type de pathologie, autre).

---

# Résultats

---

Nous exposerons successivement les résultats des deux groupes étudiés, en débutant par les orthophonistes et en terminant par les étudiants (présentation des échantillons, des résultats quantitatifs puis qualitatifs).

## **1. Résultats pour l'échantillon des orthophonistes**

### **1.1. Présentation de l'échantillon**

Grâce au tirage au sort de notre échantillon dans la population des orthophonistes en France métropolitaine, celui-ci doit être représentatif de la population française des orthophonistes.

#### **1.1.1. Année d'obtention du diplôme**

Les cent trois sujets de notre échantillon ont été diplômés entre 1970 et 2014 (Tableau III). On retrouve les plus gros pourcentages pour les années 2006 (8%), 2007 (11%), 2011 (8%), 2012 (7%) et 2013 (9%). L'année 2006 est la valeur médiane de notre échantillon (Annexe 17).

	<b>Valeurs</b>
<b>Effectif</b>	103
<b>Minimum</b>	Année 1970
<b>Médiane</b>	Année 2006
<b>Maximum</b>	Année 2014

**Tableau III : Année d'obtention du diplôme**

#### **1.1.2. Écoles de formation**

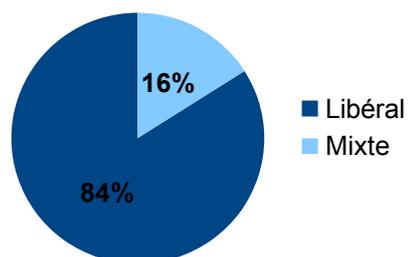
87% des orthophonistes interrogés ont été formés en France (Tableau IV, page suivante), contre 14% en Belgique et 1% en Suisse. Les écoles de Lille et de Paris sont les deux écoles qui recueillent les plus gros effectifs.

École	Effectifs	Pourcentages (%)
Belgique	14	14
Besançon	4	4
Bordeaux	6	6
Caen	1	1
Genève	1	1
Lille	11	11
Lyon	7	7
Marseille	5	5
Montpellier	5	5
Nancy	6	6
Nantes	8	8
Nice	4	4
Paris	19	18
Poitiers	1	1
Strasbourg	2	2
Toulouse	1	1
Tours	8	8
Total	103	100

**Tableau IV : Écoles de formation des orthophonistes interrogés**

### 1.1.3. Type d'exercice

Dans notre échantillon, 84% des orthophonistes ont un exercice libéral contre 16% qui ont un exercice mixte (Figure 1).



**Figure 1 : Type d'exercice (libéral ou mixte)**

#### 1.1.4. Durée de l'expérience libérale

En moyenne, les orthophonistes interrogés exercent en libéral depuis 10,75 ans (IC à 95% [8.782 ; 12.724]). La durée médiane d'exercice est de 7,5 ans (Tableau V). Le plus long étant de 44 ans et le plus jeune de un mois.

	Valeurs
Effectif	103
Moyenne	10.753
Ecart type	10.086
IC 95%	[8.782 ; 12.724]
Minimum	0.083
Quartile 1	3
Médiane	7.5
Quartile 3	16.5
Maximum	44

Tableau V : Durée de l'exercice libéral

Pour résumer, notre échantillon d'orthophonistes français libéraux a obtenu son diplôme entre 1970 et 2014, est issu d'écoles françaises pour la majorité, mais également de Belgique et de Suisse. 16% d'entre eux exercent en mixte et leur expérience libérale à tous a une durée médiane de 7,5 ans.

## 1.2. Résultats quantitatifs

### 1.2.1. Diplômes

Nous avons choisi l'année 2002 car c'est à cette date que les troubles de la déglutition sont apparus pour la première fois dans le décret de compétences régissant la profession d'orthophoniste.

Dans notre échantillon, 67% des orthophonistes (Figure 2) ont été diplômés avant 2002.

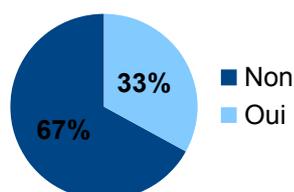


Figure 2 : Obtention du diplôme avant 2002

Nous avons décidé d'analyser de façon inférentielle les résultats de deux de nos questions : avoir été diplômé avant 2002 (oui/non) et prendre en charge la déglutition (oui/non), comme le montre le tableau VI suivant :

	Prise en charge de la déglutition			
		Non	Oui	Total
Diplôme avant 2002	Non	21 (30,43%)	48 (69,57%)	69 (100%)
	Oui	9 (26,47%)	25 (73,53%)	34 (100%)
	Total	30	73	103

Tableau VI : Diplôme obtenu avant 2002 (lignes) et prise en charge de la déglutition (colonnes)

Dans les faits :

- 30,43% des orthophonistes diplômés après 2002 ne prennent pas en charge la déglutition.
- 73,53% des orthophonistes diplômés avant 2002 prennent en charge la déglutition.
- 26,47% des orthophonistes diplômés avant 2002 ne prennent pas en charge les troubles de la déglutition.
- 69,57% des orthophonistes diplômés après 2002 prennent en charge les troubles de la déglutition.

## 1.2.2. Dysphagie

### 1.2.2.1. Dysphagie en stage

Nous avons demandé aux orthophonistes interrogés si, au cours de leur formation initiale, ils se souvenaient avoir vu en stage des patients présentant une dysphagie. 62% des personnes interrogées se souviennent avoir vu ce type de patient en stage (Figure 3).

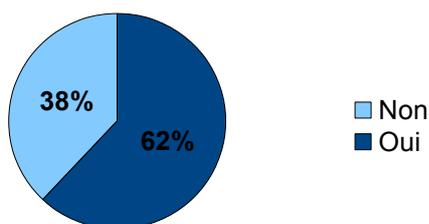


Figure 3 : Proportion des orthophonistes ayant vu ou non des patients dysphagiques en stage au cours de leur formation initiale

## 1.2.2.2. Prise en charge des troubles de la déglutition

### 1.2.2.2.1. En France métropolitaine

D'après nos résultats, 71% des orthophonistes interrogés prennent en charge les troubles de la déglutition dans leur cabinet libéral (Figure 4).

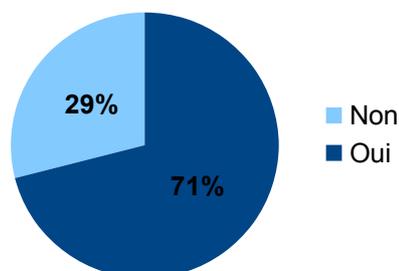


Figure 4 : Proportion des orthophonistes prenant en charge ou non les troubles de la déglutition chez l'adulte, dans leur cabinet libéral

### 1.2.2.2.2. Répartition par région

Voici le tableau VII, représentant le pourcentage d'orthophonistes prenant en charge les troubles de la déglutition chez l'adulte par région (Histogramme en Annexe 18) :

Régions	Effectifs	Pourcentage de prise en charge (%)
Nord Pas de Calais	6	60
Normandie	4	57
Ile de France	4	66,7
Centre	2	40
Bretagne	3	60
Pays de la Loire	4	80
Poitou-Charentes Limousin Aquitaine	7	63,6
Midi-Pyrénées Languedoc-Roussillon	6	84,6
Provence-Alpes-Côte d'Azur	6	85,7
Corse	3	75
Auvergne Rhône-Alpes	6	66,7
Bourgogne Franche-Comté	6	75
Champagne Ardennes, Alsace Lorraine	11	84,6

Tableau VII : Répartition régionale des orthophonistes libéraux français prenant en charge les troubles de la déglutition chez l'adulte

### 1.2.2.3. Pathologies prises en charge

Nous avons demandé aux orthophonistes déclarant prendre en charge les troubles de déglutition dans quelles pathologies ils intervenaient. Nous leur avons proposé trois types de pathologies : les pathologies neurologiques (accident vasculaire cérébral, traumatismes crâniens...), neurodégénératives (SLA, Parkinson...), ainsi que ORL (suites de chirurgies...). Nous leur avons également laissé la possibilité de répondre « autres » pour plus de précisions au cas où nous aurions négligé un type de pathologie (Figure 5).

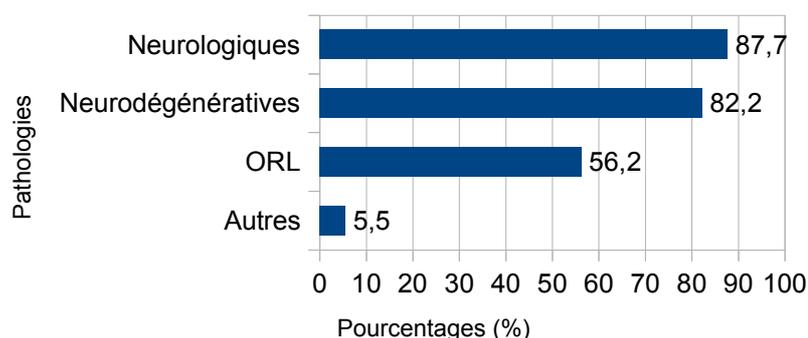


Figure 5 : Prise en charge des troubles de la déglutition selon le type de pathologie

Dans les faits, 87,7% des orthophonistes interrogés prenant en charge les troubles de la déglutition les prennent en charge dans les maladies neurologiques.

82,2% des orthophonistes interrogés prenant en charge les troubles de la déglutition les prennent en charge dans les maladies neurodégénératives.

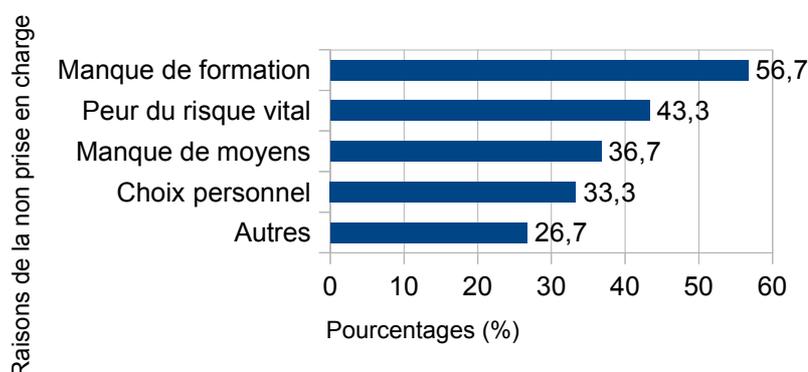
56,2% des orthophonistes interrogés prenant en charge les troubles de la déglutition les prennent en charge dans les maladies oto-rhino-laryngologiques.

5,5% des orthophonistes interrogés prenant en charge les troubles de la déglutition les prennent en charge dans d'autres pathologies (ostéotomies, dysoralités pour phobies de la déglutition, paralysies récurrentielles, greffes de visage).

### 1.2.2.4. Raisons du refus de prise en charge

La question qui suit concerne les orthophonistes ne prenant pas en charge les troubles de la déglutition, soit 29% de notre échantillon. Nous leur avons demandé les raisons qui les amènent à refuser la PEC des troubles de la déglutition chez l'adulte.

Nous avons proposé aux orthophonistes des réponses nous paraissant pertinentes. Ils avaient également la possibilité de répondre « autres » et de nous donner leur avis (Figure 6). Plusieurs réponses étaient possibles.



**Figure 6 : Raisons de la non prise en charge des troubles de la déglutition par les orthophonistes libéraux**

Ainsi :

56,7% des orthophonistes interrogés ne prennent pas en charge par manque de formation.

43,3% des orthophonistes ne prennent pas en charge car ils ont peur du risque vital.

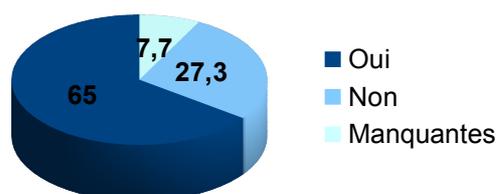
36,7% des orthophonistes ne prennent pas en charge car ils manquent de moyens techniques tels que l'aspiration.

33,3% des orthophonistes ne prennent pas en charge par choix personnel.

26,7% des orthophonistes interrogés ne prennent pas en charge pour d'autres raisons (pas de demande de prise en charge).

#### 1.2.2.5. Réalisation d'essais alimentaires

Parmi les personnes interrogées, 65% ont déjà réalisé des essais alimentaires (Figure 7). Quarante-cinq orthophonistes sur cent trois ont répondu à cette question, les huit manquants (7,7%) devaient répondre mais sont passés outre cette question.



**Figure 7 : Proportions d'orthophonistes ayant réalisé ou non un essai alimentaire au cours de leur carrière**

### 1.2.2.6. Contexte de réalisation des essais alimentaires

Nous avons demandé aux orthophonistes ayant déjà réalisé des essais alimentaires dans quel contexte ils les avaient réalisés : dans leur cabinet, au domicile du patient, en maison de retraite ou dans un autre lieu. Plusieurs réponses étaient possibles (Figure 8).

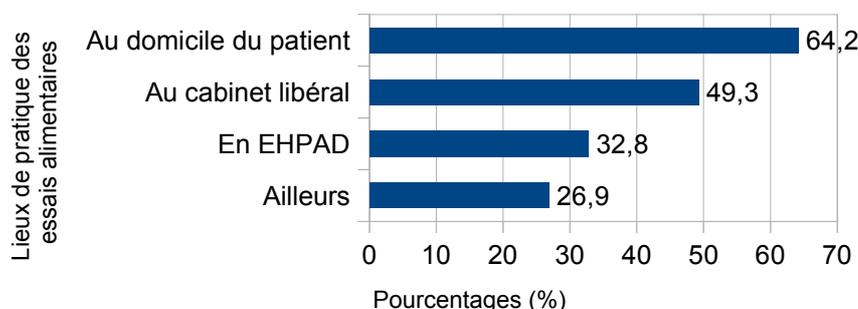


Figure 8 : Lieux de pratique des essais alimentaires

Ainsi, 64,2% des orthophonistes réalisant des essais alimentaires disent les avoir pratiqués au domicile de leurs patients, 49,3% dans leur cabinet, 32,8% en maison de retraite et 26,9% ailleurs (à l'hôpital, en service de rééducation...).

### 1.2.2.7. Raisons de non pratique des essais alimentaires

Les professionnels interrogés ne pratiquant pas les essais alimentaires l'expliquent pour 42,9% par un manque de moyens en cas de fausses routes, pour 25% car ils estiment que le danger est trop grand et pour 25% par d'autres raisons comme la peur du risque vital, le manque de pratique ou encore l'absence de demandes (essais réalisés à l'hôpital, par le kinésithérapeute...).

Ces résultats sont récapitulés dans un diagramme en barre (Figure 9) que voici :

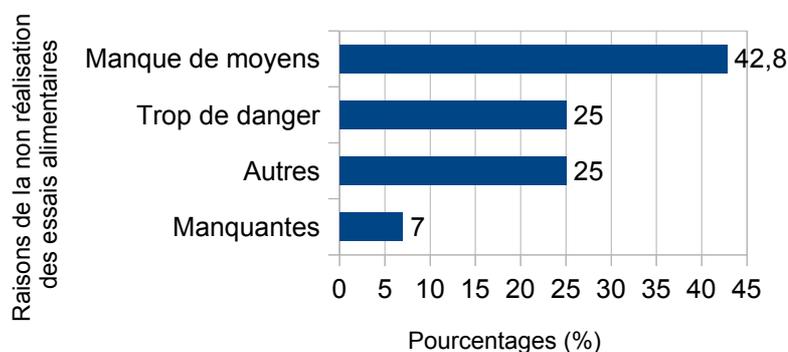


Figure 9 : Raisons de la non-réalisation des essais alimentaires par les orthophonistes

---

Pour résumer le chapitre concernant la dysphagie, nous constatons que 62% de notre échantillon ont vu des prises en charge des troubles de la déglutition chez l'adulte au cours de ses stages. 71% des orthophonistes de notre échantillon disent prendre en charge la dysphagie chez l'adulte et prennent plus particulièrement les troubles de déglutition de l'adulte dans les pathologies neurologiques et neurodégénératives. Parmi ceux de notre échantillon qui refusent de prendre en charge ce type de troubles, 56,7% le font par manque de formation et 43,3% par peur du risque vital. Parmi les professionnels de notre échantillon prenant en charge ces troubles, 65% pratiquent les essais alimentaires, essentiellement au domicile du patient ou au sein du cabinet libéral. Pour les orthophonistes prenant ce type de trouble en charge mais refusant de pratiquer les essais alimentaires, la raison évoquée est principalement le manque de moyens.

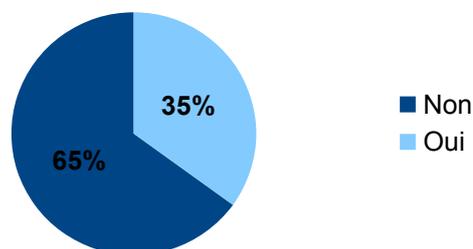
### 1.2.3. Formations

#### 1.2.3.1. Formation complémentaire réalisée en déglutition

Nous avons demandé aux orthophonistes interrogés s'ils avaient suivi ou non une formation complémentaire dans le domaine de la déglutition (FCDg).

65% des orthophonistes ayant répondu ne se sont pas formés spécifiquement à la prise en charge des troubles de la déglutition chez l'adulte, contre 35% de la population d'échantillonnage qui est formée.

Nous retrouvons ces résultats dans le diagramme circulaire (Figure 10) qui suit :



**Figure 10 : Pourcentage d'orthophonistes ayant suivi ou non une formation complémentaire sur les troubles de la déglutition chez l'adulte**

### 1.2.3.2. Prise en charge des troubles de la déglutition et formation complémentaire

Nous avons réalisé une analyse statistique bivariée afin de voir s'il y a un lien entre la prise en charge ou non des troubles de la déglutition et le fait d'avoir suivi ou non une formation complémentaire dans le domaine de la déglutition (Tableau VIII).

		Prise en charge des troubles de la déglutition			
		Non	Oui	Total	
Formation	Non	27 (40,3%)	40 (59,7%)	67 (100%)	
	Oui	3 (8,33%)	33 (91,67%)	36 (100%)	
Complémentaire		Total	30	73	103

Tableau VIII : Prise en charge des troubles de la déglutition (colonnes) et formation complémentaire (lignes)

Dans les faits, 91,67% des orthophonistes ayant suivi une FCDg prennent en charge les troubles de la déglutition chez l'adulte, et que 8,33% des orthophonistes qui ont suivi une FCDg ne prennent pas en charge ce type de troubles.

Ainsi, 59,7% des orthophonistes qui n'ont pas suivi de FCDg prennent en charge les troubles de type dysphagie de l'adulte alors que 40,3% des orthophonistes qui ne sont pas formés spécifiquement en déglutition ne prennent pas en charge ce type de troubles.

### 1.2.3.3. Degré d'accord avec la suffisance de la formation initiale dans le domaine de la déglutition

Nous avons demandé à notre échantillon d'orthophonistes libéraux français ce qu'ils pensaient de la formation initiale en déglutition (FIDg).

Voici ces résultats représentés dans un diagramme en barres (Figure 11) :

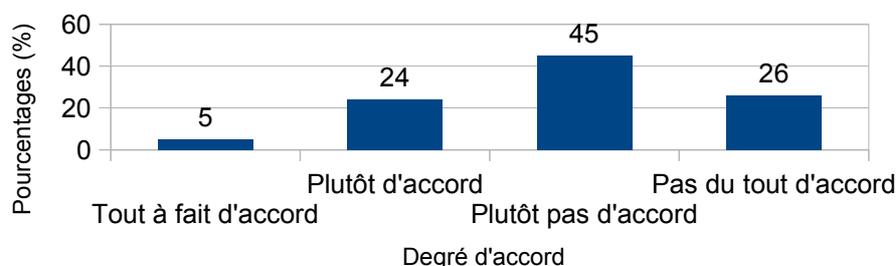


Figure 11 : La formation initiale est suffisante pour prendre en charge les troubles de la déglutition

---

Ainsi, 5% des orthophonistes interrogés sont tout à fait d'accord avec le fait que la FIDg soit suffisante. 24% des orthophonistes interrogés sont plutôt d'accord avec la suffisance de la formation initiale.

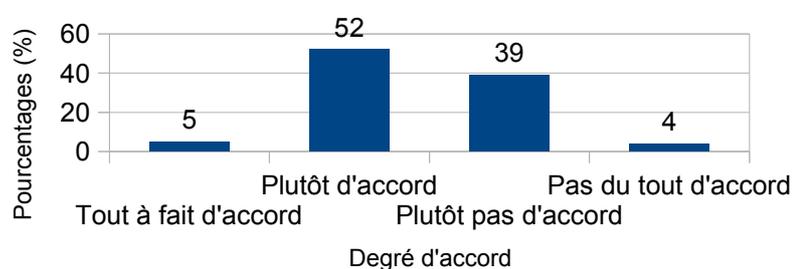
Parmi notre échantillon d'orthophonistes, 45% ne sont plutôt pas d'accord avec le fait que la FIDg soit suffisante et 26% ne sont pas du tout d'accord avec ce fait.

#### **1.2.3.4. Degré d'accord avec la suffisance globale de la formation initiale**

Nous avons demandé la même chose à notre échantillon d'orthophonistes mais cette fois concernant la formation initiale dans sa généralité (FIG), sans cibler un domaine précis.

Nous observons que 5% des professionnels ayant répondu à cette étude sont tout à fait d'accord avec le fait que la FIG soit suffisante. 52% de notre échantillon d'orthophonistes estiment être plutôt d'accord avec ce fait, 39% ne sont plutôt pas d'accord et 4% ne sont pas du tout d'accord.

Le diagramme en barre (Figure 12) qui suit résume les résultats exposés ci-dessus.



**Figure 12 : Plus généralement, la formation initiale est suffisante pour prendre en charge les autres troubles**

#### **1.2.3.5. Degré d'accord avec la qualité de la formation initiale globale et en déglutition**

Nous avons réalisé une analyse statistique bivariée afin de savoir si les orthophonistes interrogés se sentent mieux formés dans le domaine de la déglutition, plus globalement, ou s'ils se sentent formés de façon égale, que ce soit globalement ou dans le domaine de la déglutition plus spécifiquement.

		Formation initiale suffisante en déglutition		
		Accord	Désaccord	Total
Formation Initiale Suffisante	Accord	26 (44,07%)	33 (55,93%)	59 (100%)
	Désaccord	4 (9,09%)	40 (90,91%)	55 (100%)
	Total	30	73	103

**Tableau IX : Degré d'accord avec la qualité de la formation initiale globale (lignes) et en déglutition (colonnes)**

Nous constatons alors que 44,07% des orthophonistes qui trouvent que la formation initiale (FIG) est suffisante pensent aussi que la formation initiale en déglutition (FIDg) est suffisante, et que 55,93% des orthophonistes qui trouvent que la FIG est suffisante pensent qu'elle n'est pas suffisante en déglutition (Tableau IX, page précédente).

Nous observons également que 9,09% des orthophonistes qui trouvent que la FIG n'est pas suffisante estiment qu'elle est suffisante en déglutition alors que 90,91% des orthophonistes qui trouvent que la FIG est insuffisante pensent qu'elle est aussi insuffisante dans le domaine de la déglutition.

Pour résumer cette partie concernant la formation des orthophonistes, 65% de notre échantillon n'ont pas suivi de FCDg chez l'adulte, 91,67% de ceux ayant suivi une FCDg chez l'adulte prennent en charge ces troubles. 45% de notre échantillon estiment n'être plutôt pas d'accord avec le fait que la FIDg soit suffisante pour prendre en charge ces troubles et 52% estiment être plutôt d'accord quant au fait que la FIG soit suffisante. Enfin, 90,91% des orthophonistes interrogés estimant que la FIG est insuffisante estiment également qu'elle est insuffisante dans le domaine de la déglutition.

#### **1.2.4. Demandes**

##### **1.2.4.1. Fréquence des demandes**

Nous avons demandé à notre échantillon d'orthophonistes à quelle fréquence ils recevaient des demandes de prise en charge des troubles de la déglutition (PECDg) chez l'adulte. Nous leur avons laissé le choix suivant : jamais, rarement, parfois, souvent, très souvent (Tableau X, page suivante).

	Effectif	Pourcentages (%)	IC à 95%
Jamais	13	13	[7.23-21.16]
Rarement	25	25	[16.77-34.21]
Parfois	41	40	[30.75-50.39]
Souvent	18	18	[11.07-26.73]
Très souvent	5	5	[1.82-11.61]
Total	102	100	-
Manquante	1	-	-

**Tableau X : Fréquence des demandes de prise en charge dans le domaine de la déglutition chez l'adulte**

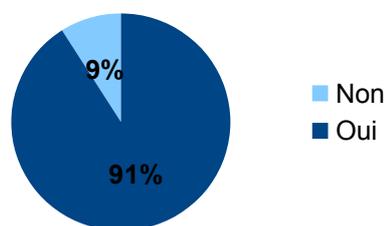
Un orthophoniste interrogé n'a rien répondu à cette question, ce qui explique l'intitulé « manquante » dans ce tableau.

Ainsi, 13% des orthophonistes interrogés disent ne jamais avoir de demandes de ce type et 25% affirment que c'est une demande rare.

40% d'entre eux ont parfois des demandes de PECDg chez l'adulte et 18% en ont souvent. 5% de notre échantillon disent avoir ce type de demande très souvent.

#### 1.2.4.2. Orientation des patients vers un collègue

91% des orthophonistes qui ne prennent pas en charge la dysphagie chez l'adulte orientent le patient en demande vers un collègue qu'ils savent compétent dans le domaine de la déglutition (Figure 13).



**Figure 13 : Orientation du patient si ne prend pas en charge le trouble de la déglutition**

Pour résumer cette partie concernant les demandes de prises en charge dans le domaine de la déglutition de l'adulte, nous constatons que 40% des orthophonistes interrogés estiment avoir « parfois » des demandes de ce type et 25% « rarement ». 91% des orthophonistes qui ne prennent pas en charge ces troubles orientent le patient vers un collègue qu'ils savent compétent dans ce domaine.

---

## 1.3. Résultats qualitatifs

### 1.3.1. Trame rééducative

Lorsque nous observons les réponses qualitatives des orthophonistes de notre échantillon concernant la trame rééducative qu'ils suivent, nous relevons que soixante-trois orthophonistes proposent des postures et des manœuvres et quarante-quatre d'entre eux mettent en place des adaptations de textures (pour les liquides et pour les solides).

Dans cet échantillon de cent trois orthophonistes interrogés, quarante-deux proposent des praxies aux patients et dix-huit des conseils alimentaires, alors que treize d'entre eux incluent l'entourage à la prise en charge, pour des conseils et des informations principalement.

Ils sont une douzaine à effectuer un bilan initial et/ou d'évolution et à adapter l'environnement.

Les résultats restants sont moins fréquents (moins de dix orthophonistes sur cent trois proposent ces exercices dans leur trame rééducative). Certains estiment que la trame rééducative dépend du patient et de son profil et est donc aléatoire. D'autres présentent avant tout la physiologie de la déglutition normale, ainsi que des exercices de respiration et de relaxation.

Nous relevons également chez certains orthophonistes de notre échantillon la mise en place de fiches synthèses et de livrets conseils à destination du patient et de son entourage.

Pour certains, le travail se fait en partenariat avec l'équipe médicale et le diététicien quand cela est possible.

D'autres passent par des massages internes et externes au niveau buccal, par un travail de l'articulation, par l'observation des repas, ou encore par le travail de la sensibilité.

Nous notons également que certains orthophonistes n'ont pas de trame rééducative. Ils jugent parfois qu'elle se fait selon la compréhension du patient, peuvent passer par un travail avec la paille et même par un travail de la voix et de la phonation (dans les paralysies récurrentielles surtout).

Enfin, un petit nombre d'orthophonistes passe par la prise de conscience de la sphère buccale. Ils notent d'importantes différences entre la prise en charge neurologique et la prise en charge oto-rhino-laryngologique. D'autres estiment que

---

cette prise en charge est floue, ou travaillent avec la radiocinématographie. Une minorité considère également le côté psychologique de cette prise en charge.

### **1.3.2. Ressenti des orthophonistes interrogés vis-à-vis de cette prise en charge**

Parmi les avis donnés par les orthophonistes vis-à-vis de la prise en charge de la dysphagie, nous notons que :

- Vingt-six d'entre eux disent manquer de connaissances et dix de pratique dans ce domaine.
- Vingt-deux professionnels estiment que cette prise en charge est source d'inquiétude. Seize ont exprimé être inquiets à cause du risque vital et de fausse route.
- Dix-neuf personnes ne se sentent pas à l'aise alors que dix-sept le sont. Pour huit orthophonistes, cette prise en charge est difficile et compliquée.
- Neuf orthophonistes éprouvent peu d'attrait pour cette pathologie, alors que sept pensent que c'est une prise en charge intéressante. Quatre estiment qu'elle est essentielle, plaisante, souvent négligée mais impliquant un risque important.
- Huit professionnels soulèvent des problèmes de communication avec l'entourage et/ou l'équipe médicale.
- Cinq d'entre eux appréhendent cette prise en charge et cinq autres n'ont pas de ressenti particulier face à la PEC des troubles de la déglutition chez l'adulte.
- Trois orthophonistes interrogés pensent qu'il manque d'outils techniques pour mener à bien la prise en charge des troubles de la déglutition chez l'adulte.
- Ils sont deux à avoir besoin de se sentir rassurés et entourés et à se sentir isolés face à cette pathologie.
- Pour deux autres orthophonistes, cette prise en charge est frustrante mais ils ne donnent pas de précisions supplémentaires quant à la cause de ce ressenti.

Les dernières remarques ont été soulevées par un seul orthophoniste interrogé :

- 
- incapacité à prendre en charge les patients adultes souffrant de troubles de la déglutition,
  - manque de sensibilisation quant à cette prise en charge,
  - à l'aise uniquement pour les bilans,
  - sentiment d'être démuni,
  - prise en charge à faire uniquement à l'hôpital (car très médicale),
  - prise en charge utile,
  - beaucoup de prudence nécessaire,
  - formation aux gestes de secours pour prendre en charge ces patients,
  - dépend de la pathologie.

Un dernier ne fait plus cette prise en charge à cause d'une « grosse frayeur avec une fausse route lors d'une prise en charge à domicile ».

### **1.3.3. Formations continues**

Dans notre questionnaire, nous avons demandé aux orthophonistes interrogés s'ils avaient suivi une formation continue dans le domaine de la déglutition et si oui, laquelle ou lesquelles. Les réponses recueillies sont presque aussi diverses qu'il y a d'orthophonistes ayant suivi une formation.

En effet, nous relevons des formations de toutes sortes, de par : leur durée, les intervenants ou les organismes.

La plupart des orthophonistes interrogés ont suivi des formations courtes de un, deux ou trois jours, proposées par des orthophonistes (Véronique Le Lan, Isabel Gaudier, Catherine Senez, Dominique Crunelle, Gilles Leloup, Isabelle Eyoum...), par d'autres paramédicaux (Michel Guatterie qui est cadre de santé et kinésithérapeute), et nous relevons également des formations plus longues de trois semaines (Xavier Cormary, orthophoniste).

Ces formations ont de multiples origines : la FNO (Fédération Nationale des Orthophonistes), le DVD d'Isabelle Eyoum, le DIU (Diplôme Inter-Universitaire) de déglutition (à Toulouse), la formation Ostéovox...

### **1.3.4. Précisions : domaines les mieux maîtrisés à l'issue du diplôme**

Parmi les orthophonistes interrogés, quarante-quatre se sentaient plus à l'aise avec les troubles du langage écrit et quarante-deux avec les troubles du langage

---

oral. Ils étaient trente-quatre à nous dire être particulièrement à l'aise avec les troubles neurologiques, en particulier avec les aphasies.

Les autres domaines sont beaucoup moins fréquemment cités. Sept des cent trois orthophonistes interrogés se sentaient à l'aise avec la surdité et les troubles de la voix à leur sortie des études d'orthophonie et six avec la déglutition atypique. Pour les domaines concernant les troubles neurodégénératifs, de la sphère autistique, et du domaine ORL(en particulier pour la cancérologie ORL), quatre se sentaient prêts devant ces prises en charge.

Trois des cent trois orthophonistes interrogés maîtrisaient la passation du bilan et deux les logico-mathématiques.

Enfin, pour chaque domaines suivants, un seul orthophoniste disait se sentir à l'aise : bégaiement, dysphagie, déficience intellectuelle, pédopsychiatrie, neuropsychologie, neuropsychologie de l'enfant.

### **1.3.5. Précisions**

À cette question, nous laissons la parole aux orthophonistes, sans leur poser de cadre spécifique. Ils avaient alors la possibilité de s'exprimer et de mettre en avant certains points non abordés dans le questionnaire.

Ainsi, un orthophoniste explique que lors de ses études en 1979, on ne parlait pas de dysphagie en cours. Un orthophoniste corse nous explique que les prises en charge ORL sont rares en Corse car les patients se font souvent opérer et rééduquer à Marseille. Dans la même optique, un orthophoniste de Toulouse raconte qu'il y existe des cliniques spécialisées dans la prise en charge des pathologies ORL et que, par conséquent, ce type de prise en charge se voit peu en cabinet libéral.

Nous notons également l'expérience d'un orthophoniste corse datant d'il y a neuf ans qui travaillait en centre de rééducation fonctionnelle. Aucune prise en charge des troubles de la déglutition n'avait lieu car elle était encore inconnu du personnel soignant. Ce même orthophoniste souhaiterait pouvoir prescrire de l'eau gélifiée sans être obligé de passer par le médecin.

Un orthophoniste interrogé parle des pathologies neurodégénératives et met en avant le fait que ce soit une prise en charge plus large, plus globale, incluant les troubles de la déglutition mais pas seulement.

---

Un orthophoniste prenant des stagiaires de Lyon et de Montpellier dit avoir la sensation que les étudiants lyonnais sont mieux formés en déglutition que les étudiants de Montpellier.

Un autre orthophoniste interrogé dit avoir peu de demandes en cabinet libéral, et insiste sur le fait qu'il y a beaucoup de prises en charge de ce type en clinique gériatrique mais que le personnel prend peu en compte les observations et les consignes données par l'orthophoniste.

Selon un orthophoniste, la formation initiale est insuffisante pour prendre en charge les troubles de la déglutition chez l'adulte dans les domaines de la neurologie et de l'ORL. Il rajoute que les formations continues proposées sont peu complètes, utiles uniquement pour les débutants car trop peu poussées.

Parmi les remarques recueillies, nous notons que des orthophonistes pensent que les médecins sont peu sensibilisés à la dysphagie après un AVC et traitent plus l'aphasie que les troubles de la déglutition alors qu'ils sont très fréquents.

Un orthophoniste témoigne et dit s'être spécialisé en voix et en déglutition, ses collègues ne prenant pas en charge ces troubles car ils estiment manquer de pratique. Mais cet orthophoniste soulève que puisque peu prennent en charge, il y a peu de maîtres de stage donc peu de possibilités de pratiquer, il estime que « l'on tourne en rond ».

Parmi nos témoignages, un orthophoniste rapporte que sa formation théorique était très bonne mais que le manque de pratique est prégnant.

Un orthophoniste interrogé rapporte que la rééducation des troubles de la déglutition chez l'adulte est difficile car dangereuse et qu'elle nécessite un apprentissage poussé de l'anatomie et de la physiologie lors des cours théoriques.

Un très grand nombre d'orthophonistes nous demande, lors de cette question, des conseils, des références et des trames rééducatives si notre mémoire aboutissait à ce type de document.

Pour un orthophoniste voyant des patients dysphagiques à l'hôpital, il est difficile d'orienter ces patients car peu d'orthophonistes libéraux les prennent en charge.

Face au manque d'orthophoniste acceptant d'intervenir dans ce domaine, un orthophoniste a trouvé pour solution d'orienter ces patients souffrant de troubles de la déglutition vers un diététicien pour qu'il adapte les textures,.

---

Un autre orthophoniste rapporte qu'il est long et difficile de se faire connaître auprès des prescripteurs dans ce domaine.

Un témoignage met en avant le fait que les gens ne savent pas que l'orthophoniste peut aider le patient adulte dysphagique.

Un orthophoniste interrogé nous dit ne pas réaliser d'essais alimentaires au sein de son cabinet mais plutôt au sein d'une structure pour avoir la possibilité d'aspirer.

Enfin, un professionnel interrogé a la sensation que les demandes de prises en charge dans le domaine de la déglutition chez l'adulte sont plus fréquentes ces dernières années.

---

## 2. Résultats pour l'échantillon des étudiants de Lille

### 2.1. Présentation de la population

Nous avons proposé un questionnaire aux orthophonistes français comme expliqué ci-dessus et un autre aux étudiants de notre promotion à Lille.

Il s'agit d'une population de femmes et de deux hommes, ayant entre 20 et 50 ans, préparant le certificat de capacité d'orthophoniste (C.C.O.) au sein du Département d'Orthophonie de la faculté de médecine Henri Warembourg de Lille.

Les profils sont très divers (études antérieures, réorientation professionnelle, régions d'origine) mais tous sont aujourd'hui en quatrième et dernière année d'études d'orthophonie.

Notre promotion compte cent vingt étudiants et nous avons réussi à obtenir cent réponses.

### 2.2. Résultats quantitatifs

#### 2.2.1. Projet professionnel

##### 2.2.1.1. Type d'exercice envisagé

Nous avons demandé aux étudiants de notre promotion quel type d'exercice ils envisageaient une fois leur diplôme obtenu (Figure 14).

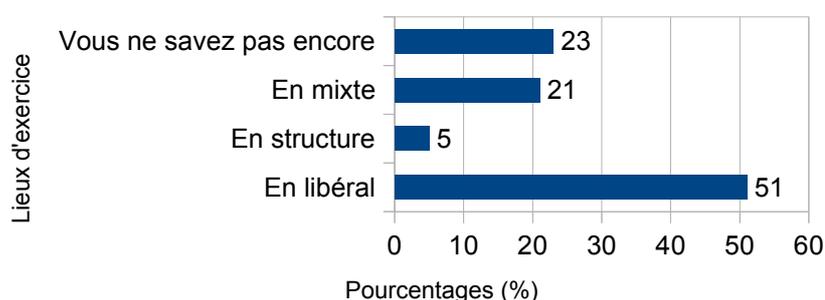


Figure 14 : Choix du type d'exercice

51% des personnes interrogées envisagent de travailler en libéral. 21% souhaitent travailler en exercice mixte et 23% n'ont pas encore choisi leur type d'exercice.

## 2.2.1.2. Prise en charge de la dysphagie

### 2.2.1.2.1. Choix sur la prise en charge

Nous leur avons également demandé s'ils pensaient prendre en charge les troubles de la déglutition de l'adulte après l'obtention du diplôme (Figure 15).

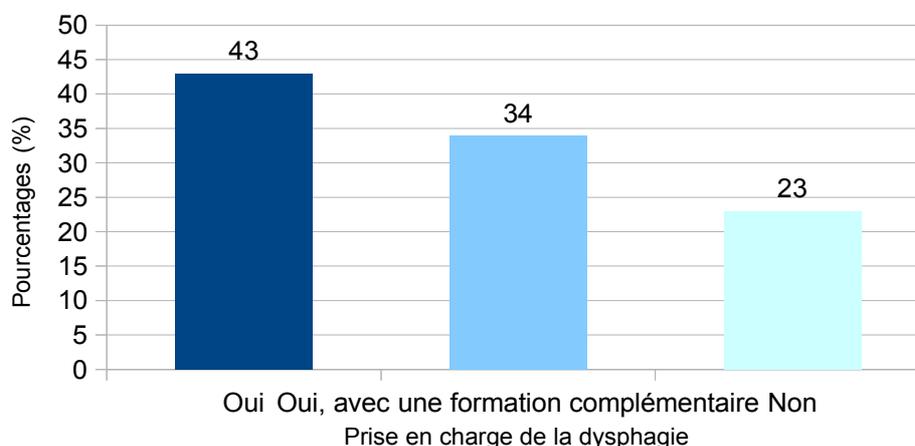


Figure 15 : Pourcentage d'étudiants voulant ou non prendre en charge la dysphagie

43% des étudiants de notre promotion veulent prendre en charge les troubles de la déglutition lorsqu'ils exerceront alors que 23% ne le souhaitent pas. 34% prendront en charge après une formation complémentaire.

### 2.2.1.2.2. Raisons de la non prise en charge

Nous avons demandé aux étudiants ayant répondu qu'ils ne prendraient pas en charge, les raisons de leur choix. Différentes réponses leur étaient proposées et plusieurs réponses étaient possibles (Figure 16).

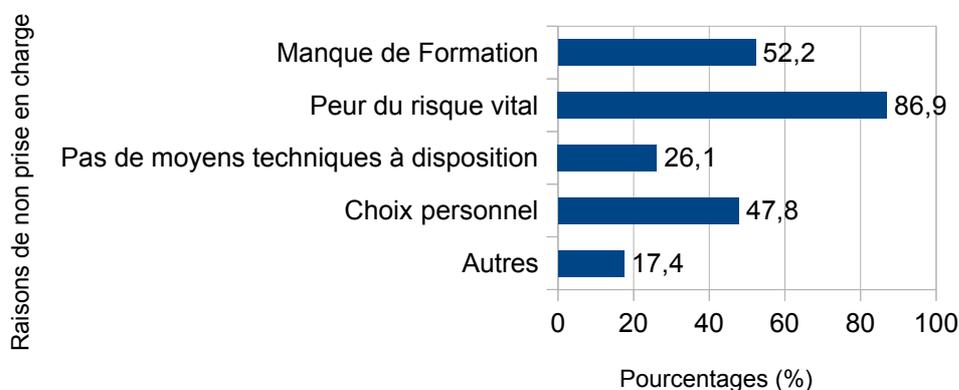


Figure 16 : Raisons de la non prise en charge (en%)

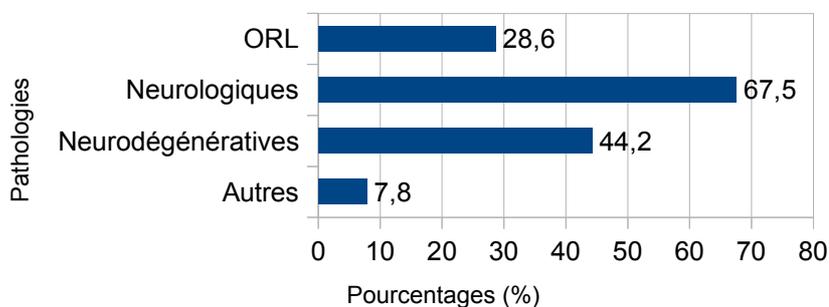
---

Parmi les étudiants qui ne veulent pas prendre en charge, nous obtenons les résultats suivants :

- 52,2% des étudiants ne veulent pas prendre en charge par manque de formation ;
- 86,9% des étudiants ont peur du risque vital ;
- 26,1% des étudiants ne veulent pas prendre en charge car ils n'ont pas de moyens techniques à disposition comme l'aspiration ;
- 47,8% des étudiants ne veulent pas prendre en charge par choix personnel, par manque d'attrait pour cette prise en charge ;
- 17,4% des étudiants ne veulent pas prendre en charge pour une autre raison qui est le manque de pratique.

### **2.2.1.2.3. Pathologies envisagées**

Nous avons également demandé aux étudiants qui prendront en charge quels types de pathologies, impliquant des troubles de déglutition, ils seraient prêts à prendre en charge (Figure 17).

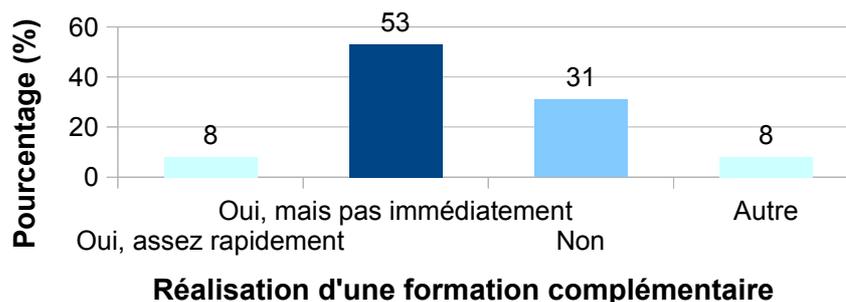


**Figure 17 : Prise en charge de la dysphagie dans le cadre de différentes pathologies**

7,8% des étudiants prendraient en charge les troubles de la déglutition dans d'autres pathologies telles que le handicap et les infirmités motrices cérébrales.

### **2.2.1.3. Formation continue sur la dysphagie**

Nous avons demandé aux étudiants de notre promotion s'ils envisageaient de suivre une formation sur la dysphagie après l'obtention de leur diplôme (Figure 18, page suivante).



**Figure 18 : Réalisation d'une formation complémentaire sur les troubles de la déglutition après l'obtention du diplôme**

53% des étudiants souhaitent suivre une formation mais pas dans l'immédiat, alors que 31% des étudiants ne le souhaitent pas.

8% des étudiants ont répondu « autre » à cette question pour diverses raisons (« tout dépendra de la demande », « ne sait pas encore », « peut-être », « en fonction du lieu d'exercice », « la formation initiale semble suffire »).

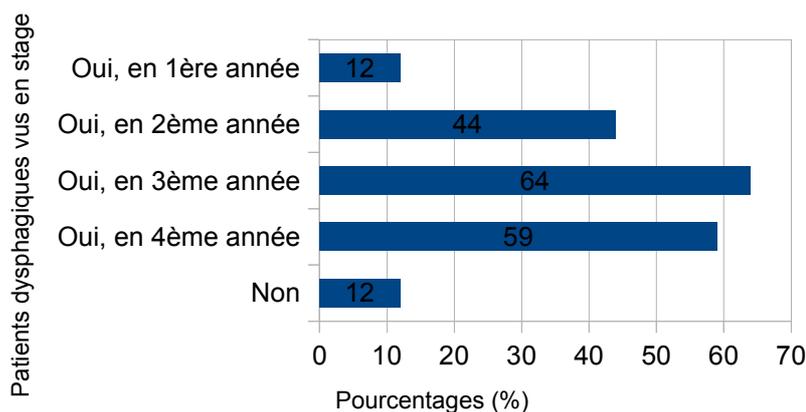
Pour résumer cette partie concernant leur projet professionnel, nous constatons que la majorité des étudiants de notre promotion lilloise envisage de travailler en cabinet libéral (51%), qu'une grande majorité manifeste l'envie de prendre en charge les troubles de la déglutition chez l'adulte (77% dont 44% avec une formation complémentaire), que parmi les 23% n'envisageant pas de travailler avec ces patients, 86,6% estiment que c'est à cause de la peur du risque vital qu'engendre cette prise en charge. Les pathologies avec lesquelles notre population d'étudiants se sent le plus à l'aise dans le domaine de la déglutition sont les pathologies neurologiques. Enfin, 53% des étudiants de Lille interrogés souhaitent suivre une formation complémentaire dans le domaine de la déglutition adulte, même si ce n'est pas dans l'immédiat.

## **2.2.2. Formation initiale**

### **2.2.2.1. Dysphagie vue en stage**

#### **2.2.2.1.1. À quel moment de la formation**

Nous avons demandé aux étudiants de notre promotion si, au cours de leurs quatre années d'études, ils avaient vu des patients dysphagiques en stage et si oui, au cours de quelle(s) année(s) (Figure 19, page suivante).

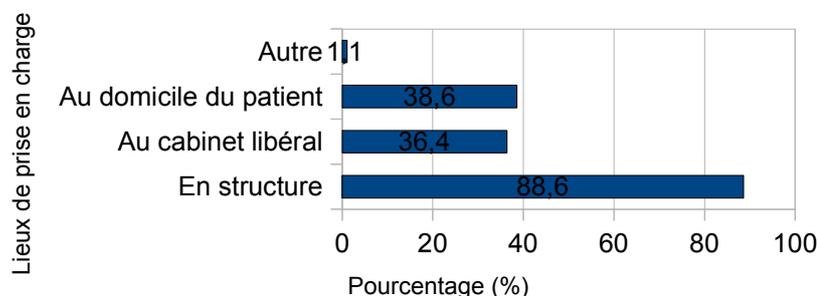


**Figure 19 : Dysphagie vue en stage au cours de la formation**

Nous constatons que 12% de notre promotion n'ont jamais vu de patients dysphagiques en stage au cours de leur formation.

#### **2.2.2.1.2. Dans quel contexte**

Nous leur avons également demandé dans quel contexte ils avaient vu ces patients (en structure, en cabinet libéral, à domicile ou dans une autre lieu), (Figure 20).



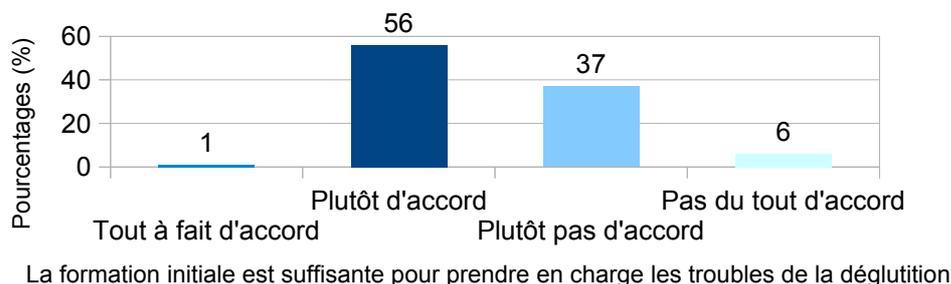
**Figure 20 : Lieux de prise en charge**

La plupart des étudiants les ont vu en structure (88,6%). 36,4% d'entre nous ont vu des patients présentant des troubles de la déglutition lors de séances au cabinet et 38,6% au cours de séances se déroulant à domicile.

#### **2.2.2.2. Qualité de la formation initiale**

Comme dans le questionnaire destiné aux orthophonistes, nous avons demandé aux étudiants de notre promotion leur degré d'accord avec les phrases suivantes : « la formation initiale est suffisante pour prendre en charge les troubles

de la déglutition » et « la formation initiale est suffisante pour prendre en charge les autres troubles » (Figure 21).



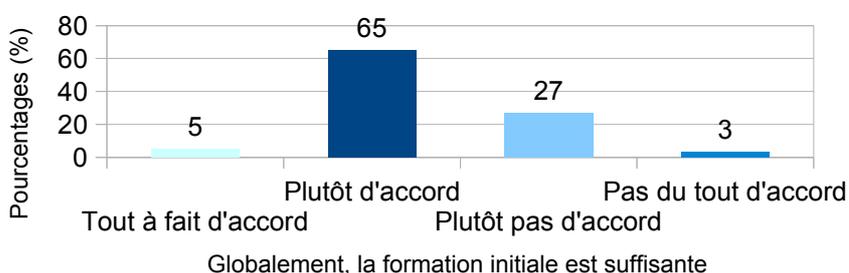
**Figure 21 : La formation initiale est suffisante pour prendre en charge les troubles de la déglutition**

Dans les faits, 56% des étudiants sont plutôt d'accord pour dire que notre formation initiale est suffisante pour prendre en charge les troubles de la déglutition et 37% sont plutôt pas d'accord.

1% des étudiants interrogés est tout à fait d'accord et 6% ne sont pas du tout d'accord pour dire que la formation initiale est suffisante pour prendre en charge les troubles de la déglutition.

Plus généralement, 65% des étudiants de notre promotion sont plutôt d'accord pour dire que la formation initiale est suffisante pour prendre en charge les autres troubles. 27% sont plutôt pas d'accord (Figure 22, page suivante).

5% des étudiants de quatrième année sont tout à fait d'accord et 3% ne sont pas du tout d'accord pour dire que, plus généralement, notre formation est suffisante pour prendre en charge les autres troubles.



**Figure 22 : La formation initiale est suffisante pour prendre en charge les autres troubles**

Pour résumer les résultats recueillis quant à la formation initiale dispensée au Département d'Orthophonie de Lille, nous notons que 88% des étudiants ont vu la prise en charge de la dysphagie en stage, majoritairement en structure (88,6%). 56% sont plutôt d'accord pour dire que la formation initiale est suffisante dans le domaine

---

de la déglutition contre 37% qui ne sont plutôt pas d'accord. De même, 65% des étudiants lillois sont plutôt d'accord pour dire que la formation initiale globale est suffisante et 27% ne sont plutôt pas d'accord.

## **2.3. Résultats qualitatifs**

Nous avons proposé aux étudiants de notre promotion deux questions qualitatives que l'on retrouve également dans le questionnaire destiné aux orthophonistes : quel est leur ressenti face à la prise en charge des troubles de la déglutition et dans quel(s) domaines se sentent-ils le plus à l'aise à la sortie de notre formation en quatre ans.

### **2.3.1. Ressenti face à la prise en charge des troubles de déglutition**

Sur les cent personnes interrogées, quatre-vingt dix-huit personnes ont répondu. Nous relevons de nombreux avis partagés par le plus grand nombre des étudiants de notre promotion.

- Trente-cinq d'entre nous ont peur du risque vital qu'engendre cette prise en charge, et pour vingt-trois étudiants, cette prise en charge est source d'inquiétude.
- Onze personnes disent ne pas être à l'aise et seulement cinq se sentent vraiment à l'aise.
- Pour une personne interrogée c'est une « prise en charge qui fait peur ».
- Cinq trouvent qu'elle est protocolaire donc rassurante.
- Trente-quatre étudiants estiment que nous manquons de pratique et notamment de stages vis-à-vis de cette prise en charge. D'ailleurs, quinze étudiants se sentent plus à l'aise grâce à leurs stages et huit trouvent que c'est un domaine qui nécessite de la pratique et pourquoi pas des stages obligatoires.

La formation initiale a également été abordée :

- Neuf étudiants trouvent qu'elle est suffisante, contre dix qui la trouvent insuffisante ou trop théorique.
- Quatre personnes soulèvent manquer de connaissances concernant les pathologies ORL.

- 
- Dix estiment avoir besoin d'une formation complémentaire après le diplôme.
  - Pour quatorze de nos collègues c'est une prise en charge intéressante, qui est source de plaisir pour le thérapeute comme pour le patient (deux étudiants).
  - Pour deux personnes, elle est émotionnelle.
  - De nombreux étudiants comptent approfondir leur formation par des lectures sur le sujet.
  - Huit personnes ne sont pas attirées par cette prise en charge.
  - Cinq estiment manquer de moyens tels que l'aspiration ou manquer de l'aide du personnel soignant en cas de problème.
  - Une personne aimerait avoir le dossier médical accessible.

Enfin, c'est une prise en charge jugée difficile par de nombreux étudiants et qui engage notre responsabilité.

### **2.3.2. Domaines de prédilection à la sortie de la formation initiale**

Cette question n'était pas obligatoire, elle était un moyen de préciser les choses. Soixante personnes y ont répondu.

Quatre domaines remportent les plus gros suffrages : le langage oral (78,3%), le langage écrit (78,3%), la neurologie (40%), réunissant aphasiologie et maladies neurodégénératives, et la surdité (33,3%).

D'autres domaines ont été cités, comme la déficience ou le handicap (16,7%), les logico-mathématiques (11,7%), l'autisme (11,7%), la voix (6,7%), la déglutition (5%), l'oralité (3,3%), le bégaiement (3,3%), la cancérologie ORL (1,7%) et les troubles du comportement (1,7%).

Quatorze personnes ont précisé qu'elles étaient plus à l'aise grâce aux stages. Deux ont également ajouté qu'il serait intéressant d'avoir des stages obligatoires dans chaque domaine.

En plus de relever les domaines dans lesquels ils étaient à l'aise, les étudiants ont parfois ajouté un ou plusieurs domaines dans lesquels ils ne se sentaient pas à l'aise. Deux personnes ne se sentent pas à l'aise en surdité, deux autres en logico-mathématiques, une personne en autisme, une autre en voix, une dernière en oralité. Nous ne pouvons pas nous appuyer sur ces résultats pour faire une analyse statistique mais il semble intéressant de les relever.

---

# Discussion

---

## **1. Rappel des objectifs**

Notre étude a pour objectifs de faire un état des lieux tant quantitatif que qualitatif de la prise en charge libérale des troubles de la déglutition chez l'adulte en France métropolitaine.

Nous voulions connaître la proportion d'orthophonistes prenant en charge ces troubles en France et mettre en évidence d'éventuelles disparités régionales. Nous nous sommes également intéressées aux aspects techniques de cette prise en charge (trame rééducative) et aux avis des orthophonistes.

Au cours de notre démarche, il nous a paru intéressant de comparer ces résultats à ceux obtenus auprès de nos collègues étudiants en dernière année au sein du Département d'Orthophonie de Lille.

---

## 2. Principaux résultats répondant aux objectifs

Notre échantillon d'orthophonistes ayant été tiré au sort et contenant plus de cent personnes, nous respectons les règles d'échantillonnage et pouvons généraliser nos résultats à la population des orthophonistes libéraux français. Ceux-ci sont donc représentatifs de la population des orthophonistes libéraux en France métropolitaine et nous pouvons, à partir de maintenant, parler de population et non plus d'échantillon.

Au moment où nous commençons à rédiger notre mémoire, nous nous attendions, de par nos constatations en stages, à ce qu'une grande majorité d'orthophonistes libéraux refuse la prise en charge des patients adultes souffrant de troubles de la déglutition. Cet a priori s'est révélé faux, puisque 71% des orthophonistes de notre étude prennent en charge les troubles de la déglutition de l'adulte. Néanmoins, ces chiffres sont à nuancer et à mettre en lien avec les interprétations quantitatives et qualitatives qui vont suivre.

Nous pensions également retrouver une disparité inter-régionale quant au pourcentage d'orthophonistes prenant en charge ces troubles. Une fois de plus, nous ne notons pas de grandes disparités entre les régions. En effet, onze regroupements de régions sur les treize comptent plus de 60% d'orthophonistes prenant en charge la déglutition chez l'adulte. Il faut cependant modérer nos interprétations : nos résultats ne sont peut-être pas assez représentatifs de la population, puisque nos échantillons par région ont de faibles effectifs.

Tout d'abord, notre échantillon d'orthophonistes est très jeune, l'année médiane d'obtention du diplôme étant l'année 2006. Il s'agit donc d'une majorité d'orthophonistes diplômés après 2002 (67%) et dont la durée médiane d'exercice libéral est de 7,5 ans.

Dès lors, il nous a paru important de scinder notre population en deux parties : obtention du diplôme avant et après 2002 car, comme vu dans notre partie abordant la théorie, le premier décret d'actes qui incorpore les « troubles de la déglutition (dysphagie, apraxie et dyspraxie bucco-linguo-faciale) » date de mai 2002.

Notre première hypothèse était que « les orthophonistes français diplômés avant 2002, date du décret de compétences incluant les troubles de la déglutition à

---

la Nomenclature, prennent moins en charge les troubles de la déglutition que les orthophonistes diplômés après le décret de 2002 ». Cette hypothèse n'est pas validée.

En effet, nous avons réalisé une analyse statistique bivariée pour savoir si le fait d'être diplômé après 2002 avait une influence sur le fait de prendre en charge ou non les troubles de la déglutition chez l'adulte. À l'issue de cette analyse et comme expliqué lors de notre partie méthodologique, nous effectuons un test du Chi 2 et calculons une valeur p, qui n'est significative que si elle est inférieure à 0,05 (au risque de 5%). Ici, p prend la valeur de 0,67 ce qui indique que ce croisement n'est pas significatif, c'est-à-dire que nous ne mettons pas en évidence d'association statistiquement significative entre la prise en charge de la déglutition et l'obtention du diplôme après 2002. Autrement dit, les orthophonistes libéraux français diplômés après 2002 ne prennent pas plus en charge les troubles de la déglutition que ceux diplômés avant 2002.

Nous avons vu précédemment que 71% des orthophonistes libéraux français prenaient en charge les troubles de la déglutition de l'adulte dans leur cabinet. Nous nous sommes donc demandé combien d'entre eux avaient suivi une formation complémentaire dans ce domaine. En théorie, nous avons vu que les formations continues concernant les troubles de la déglutition chez l'adulte étaient diverses et variées ; en pratique nous remarquons grâce à notre étude qu'aucun orthophoniste interrogé n'a suivi la même formation tant celles-ci sont nombreuses.

Nous constatons grâce à notre enquête que 35% des orthophonistes libéraux français ont suivi une formation complémentaire abordant les troubles de la déglutition de l'adulte.

Notre deuxième hypothèse était qu'en France, les orthophonistes ayant entrepris une formation complémentaire sur les troubles de la déglutition chez l'adulte vont davantage prendre en charge ces troubles que les orthophonistes n'ayant pas suivi de formation complémentaire. Celle-ci est validée.

En effet, en réalisant une analyse statistique bivariée de nos résultats, nous mettons en évidence une association statistiquement significative entre la prise en charge des troubles de la déglutition et le fait d'avoir suivi une formation complémentaire. Le test du Chi 2 donne un p inférieur à 0,05 ( $p=0,000663$ ) ce qui prouve la significativité de l'association.

---

91,67% des orthophonistes libéraux ayant suivi une formation complémentaire sur les troubles de la déglutition chez l'adulte prennent en charge les patients en présentant alors que seuls 59,7% des orthophonistes n'ayant pas suivi de formation adéquate le font.

Nous ne pouvons nous intéresser à la formation continue sans nous intéresser à la formation initiale.

Les orthophonistes interrogés ont fait leurs études en France mais également en Belgique et en Suisse. Toutes les écoles d'orthophonie françaises sont représentées sauf l'école d'Amiens et les écoles de Rouen et de Limoges, nouvellement créées qui ne dispensent que la formation en cinq ans.

Nous remarquons que la répartition de notre échantillon d'orthophonistes respecte les promotions d'étudiants, Lille et Paris étant les écoles accueillant les deux plus grosses promotions de France.

Concernant la formation pratique, il semblait intéressant de savoir s'il était courant de voir des patients dysphagiques en stage. Ceci est bien le cas dans la population des orthophonistes libéraux exerçant en France étant donné que 62% des professionnels interrogés en ont vu lors de leurs stages pendant leur formation initiale.

Nous nous sommes également posé la question de savoir si la formation initiale était suffisante pour prendre en charge les troubles de la déglutition. 29% des orthophonistes libéraux pensent que oui (réponses « plutôt d'accord » et « tout à fait d'accord ») alors que 71% pensent que non (« plutôt pas d'accord » et « pas du tout d'accord »). Les disparités de formations peuvent l'expliquer. En effet, nous avons vu que certaines écoles ne proposent pas de travaux dirigés, rendant l'accès à la pratique plus difficile. Les étudiants n'ont donc pas tous la même formation.

Nous ne pouvons pas nous poser la question pour les troubles de la déglutition sans tempérer notre réponse et avoir l'avis des orthophonistes sur la qualité de la formation de façon plus générale. C'est pour cela que nous leur avons demandé s'ils étaient d'accord pour dire que globalement, la formation initiale était suffisante pour prendre en charge les autres troubles.

57% des orthophonistes interrogés sont d'accord pour dire que la formation initiale est suffisante, alors que 43% ne sont pas d'accord.

---

Les résultats sur la qualité de la formation initiale globale sont plus tempérés que pour la formation initiale aux troubles de la déglutition chez l'adulte.

Pour conclure quant aux formations, nous n'avons pas le recul nécessaire pour discuter des études en cinq ans à l'heure actuelle, puisque la première promotion n'a pas encore été diplômée (aujourd'hui en fin de deuxième année).

Afin de répondre à notre troisième hypothèse qui était qu'en France, les orthophonistes trouvent que leur formation initiale concernant les troubles de la déglutition n'est pas suffisante, alors que leur formation initiale pour les autres troubles l'est, nous avons réalisé une analyse statistique inférentielle afin de savoir s'il existait un lien d'association entre ces deux variables (formation initiale pour les troubles de la déglutition suffisante et formation initiale globale suffisante).

Cette hypothèse est validée : une association statistiquement significative existe entre ces deux variables. En effet, le test du Chi 2 donne un p inférieur à 0,05 ( $p=0,000111$ ) ce qui prouve la significativité de l'association.

44,07% des orthophonistes qui trouvent que la formation initiale globale est suffisante pensent aussi qu'elle l'est en déglutition alors que 55,93% des orthophonistes qui trouvent que la formation initiale globale est suffisante pensent qu'elle n'est pas suffisante en déglutition.

En France, les orthophonistes sont donc d'accord pour dire que leur formation initiale concernant les troubles de la déglutition est insuffisante alors que leur formation initiale globale est suffisante.

Enfin, nous tenions à savoir quels étaient les domaines de prédilection des orthophonistes libéraux français à leur sortie de la formation initiale et deux domaines reviennent très souvent : le langage oral et le langage écrit. Ces deux pathologies sont les plus fréquemment rencontrées en orthophonie. En revanche, aucun orthophoniste interrogé n'a évoqué la déglutition comme domaine de prédilection à sa sortie de l'école, même ceux manifestant un grand intérêt pour ce type de troubles.

Comme nous le rappelions au début de notre discussion, 71% des orthophonistes interrogés prennent en charge les troubles de la déglutition chez l'adulte. Partant de ce constat, nous nous sommes posé plusieurs questions telles

---

que le type de pathologie prise en charge, les raisons qui font que les orthophonistes refusent cette prise en charge, la fréquence des demandes mais aussi comment se passent les essais alimentaires. Nous tenions également à connaître l'avis des orthophonistes face à cette prise en charge et leur éventuelle trame rééducative.

Tout d'abord, nous relevons un déséquilibre entre les différentes pathologies prises en charge. En effet, les pathologies neurologiques et neurodégénératives sont plus fréquemment prises en charge (62 et 58%) que les pathologies ORL (40%). Ces constatations font écho aux données qualitatives que nous avons recueillies, certains orthophonistes avançant que la prise en charge de ce type de troubles dépend de la pathologie générale dont ils font partie.

Il reste tout de même 29% des orthophonistes qui refusent de prendre en charge les troubles de la déglutition chez l'adulte. Parmi eux, 91% orientent le patient vers un collègue qu'ils savent compétent dans ce domaine, ce qui laisse à penser que ces patients réussissent à trouver un orthophoniste relativement aisément.

Nous avons cherché à savoir pour quelles raisons les orthophonistes venaient à refuser de prendre en charge les troubles de la déglutition. Comme nous l'avons vu lors de la présentation de nos résultats, la raison la plus souvent évoquée est le manque de formation, ce qui peut expliquer que la majorité des orthophonistes qui prennent en charge ces troubles aient suivi une formation complémentaire dans ce domaine. La peur du risque vital et le manque de moyens à disposition du professionnel (tel que l'aspiration) sont souvent évoqués comme raisons par notre population d'orthophonistes. Comme nous l'avons vu lors de notre analyse qualitative, elle préfère prendre ce type de troubles en charge dans le cadre d'une structure ou d'un hôpital afin d'être entourée de matériel et de personnels formés aux cas d'urgence. Nous rappelons également qu'un orthophoniste mettait en avant l'importance de se former aux premiers secours dans le cadre de ces prises en charge, jugées à risque. Il est donc évident que cette prise en charge fait peur à de nombreux orthophonistes.

Nous voulions, dans la même optique, connaître le pourcentage d'orthophonistes pratiquant les essais alimentaires, mais surtout le(s) contexte(s) dans le(s)quel(s) ils les réalisaient et s'ils n'en pratiquaient pas, les raisons de ce choix. 65% de la population en question ont déjà réalisé un essai alimentaire auprès

---

d'un patient adulte souffrant de troubles de la déglutition et pour 64,2% d'entre eux, ces essais se faisaient au domicile du patient. Nous ne mettons pas en évidence d'inquiétude quant aux risques liés à l'absence de personnel soignant compétent pour intervenir dans le cas où une fausse route surviendrait. Cependant, lorsque nous observons les remarques qualitatives de notre population, des orthophonistes disent prendre en charge ces patients uniquement en structure hospitalière car il s'agit d'une prise en charge très médicale, d'autres ressentent de l'inquiétude, un manque d'aisance, une angoisse face aux fausses routes et au risque vital engagé dans cette prise en charge. Donc si, sur le plan qualitatif, de nombreux orthophonistes réalisent des essais alimentaires, nous constatons tout de même qu'ils le font avec appréhension. Ils ont conscience du risque engendré, mettant en avant, comme dit précédemment, qu'une formation aux premiers secours serait la bienvenue. L'absence de formation à l'aspiration, selon eux, nous oblige à réaliser ces essais à tâtons, avec une certaine appréhension, allant parfois jusqu'au refus de pratiquer ces essais s'ils n'ont pas lieu en structure médicalisée, avec un personnel soignant compétent à proximité, qui puisse intervenir avec rapidité et efficacité si une fausse route se présente.

Un orthophoniste nous fait même part d'une expérience de fausse route traumatisante l'ayant amené à arrêter cette prise en charge spécifique de la déglutition de l'adulte.

Nous tenions, lors de notre étude, à connaître la fréquence à laquelle les orthophonistes étaient sollicités pour des troubles de la déglutition chez l'adulte. Il s'avère que, comme observé dans nos résultats, 40% de notre population estime avoir parfois des demandes. Il ne s'agit donc pas d'une pathologie se situant parmi les moins souvent rencontrées.

Nous avons également trouvé intéressant de demander à notre population d'orthophonistes s'ils suivaient une trame rééducative. Il se trouve que certains admettent ne pas en suivre, alors que les autres en suivent une plutôt classique (adaptations des postures, manœuvres, textures, praxies, conseils...). Cependant, certains orthophonistes ont dit se sentir perdus et ne pas connaître de trame rééducative spécifique, nous demandant de les contacter si notre mémoire débouchait sur des trames-types et des ouvrages ou des conseils. Ceci rejoint nos observations selon lesquelles les orthophonistes ont souvent un besoin de

---

réassurance et de cadre dans le contexte de la prise en charge des troubles de la déglutition chez l'adulte.

Intéressons nous maintenant à l'échantillon des étudiants qui est représentatif de la population des étudiants de quatrième année d'orthophonie de Lille.

Concernant le choix du mode d'exercice, nous retrouvons à peu près les mêmes proportions que dans la population générale des orthophonistes français. La plupart des étudiants souhaitent s'installer en libéral (72%) et éventuellement avoir un exercice mixte, mais seulement 5% veulent travailler en structure. À quelques mois du diplôme, 23% des étudiants ne savent pas encore quel exercice ils vont choisir.

Nous avons également voulu savoir, comme pour les orthophonistes, si les étudiants trouvaient leur formation initiale suffisante pour prendre en charge les troubles de la déglutition.

Il est ressorti du questionnaire que la formation était trop théorique et que la pratique manquait. 12% d'entre nous n'ont pas pu faire de stage avec des patients dysphagiques. Chez les orthophonistes libéraux, cette proportion était de 38%. Nous pouvons donc relever une évolution importante. À Lille, les étudiants sont plus sensibilisés aux troubles de la déglutition en stage lors de leur formation initiale que l'étaient les orthophonistes interrogés.

Nous leur avons également demandé s'ils étaient d'accord pour dire que la formation initiale concernant les troubles de la déglutition était suffisante. Deux réponses sont majoritaires : plutôt d'accord (56%) et plutôt pas d'accord (37%). Seuls 7% des étudiants sont tout à fait d'accord ou pas du tout d'accord. L'avis sur la formation est donc mitigé, même si l'avis « plutôt d'accord » est le plus fréquent.

Afin de tempérer nos propos comme avec les orthophonistes, nous leur avons demandé s'ils étaient d'accord pour dire que globalement la formation initiale était suffisante pour prendre en charge les autres troubles. Les avis sont plus tranchés puisque 65% des étudiants interrogés sont plutôt d'accord avec cette affirmation. Seuls 27% ne sont plutôt pas d'accord.

N'ayant pu faire d'analyse inférentielle avec ces deux variables, nous ne pouvons dire s'il existe un lien d'association entre elles, comme nous l'avons fait pour les orthophonistes.

---

Chez les étudiants lillois, on relève quatre domaines principaux préférés : le langage oral, le langage écrit, la surdité et la neurologie. Les troubles de la déglutition n'ont été cités que par 5% des étudiants de Lille.

Nous leur avons demandé quel était leur ressenti face à cette prise en charge et s'ils se sentaient prêts à s'occuper de ces patients. Les avis des étudiants diffèrent de ceux exprimés par les orthophonistes libéraux puisque la peur du risque vital et l'inquiétude sont les ressentis les plus cités. Le manque de pratique est une des opinions partagée par la promotion. On peut le rapprocher du manque de connaissances théoriques exprimé par les orthophonistes libéraux.

Les préoccupations des nouveaux diplômés ne sont donc pas les mêmes que celles de leurs aînés. Il en va de même pour les raisons de non prise en charge.

Dans notre promotion, 23% des étudiants ne souhaitent pas prendre en charge de patients dysphagiques. La première raison de non prise en charge est la peur du risque vital (86,9%), contre 26,1% pour le manque de moyens techniques à disposition. Ces inquiétudes sont très certainement liées aux craintes ressenties et à un manque de connaissances de la réalité clinique.

77% des étudiants de notre promotion sont prêts à prendre en charge les troubles de la déglutition et plus particulièrement dans les maladies neurologiques (67,5%) et neurodégénératives (44,2%). Comme chez les orthophonistes, les troubles de déglutition faisant suite à une pathologie ORL sont moins souvent cités (28,6%). Plusieurs étudiants de notre promotion ont exprimé manquer de connaissances vis-à-vis de cette rééducation.

Dans les 77% des étudiants voulant prendre en charge ce type de patients, 34% le veulent en ayant suivi au préalable une formation continue.

Nous avons donc demandé à notre promotion dans quelle mesure et dans quel délai ils voudraient suivre une formation complémentaire sur les troubles de la déglutition. La majorité de la promotion souhaite se former davantage mais pas dans l'immédiat. 31% ne souhaitent pas se former pour ce type de trouble.

---

## **3. Biais et limites du travail**

### **3.1. Limites des échantillons**

Bien que notre tirage au sort ait été réalisé scrupuleusement sur le site internet des Pages Jaunes, certains orthophonistes libéraux n'y figurent probablement pas (remplaçants, collaborateurs...).

Malgré nos précisions quant au fait que chaque avis nous intéressait (même l'avis des orthophonistes ne prenant pas en charge les troubles de la déglutition chez l'adulte), certains orthophonistes, interrogés uniquement par mail, n'ont peut-être pas pris le temps de répondre à notre questionnaire par manque d'intérêt.

Nous pouvons également noter que malgré un large échantillon final (de cent trois orthophonistes libéraux), il nous est difficile de tirer des conclusions par région. Le nombre d'orthophonistes interrogés par région est effectivement peu élevé (allant de quatre à treize orthophonistes).

Certaines questions semblent ne pas toujours avoir été comprises par tous (étudiants et orthophonistes), mais il s'agit peut-être d'un biais lié au questionnaire.

### **3.2. Limites du matériel**

Comme dit précédemment, certaines questions semblent ne pas toujours avoir été comprises par tous. L'une des causes possibles est qu'en envoyant notre enquête par mail, nous n'avions pas la possibilité d'expliquer en détail les réponses attendues, et surtout, de rectifier lorsqu'une question était mal comprise.

Il y a donc une différence entre les réponses obtenues par téléphone et celles obtenues directement en ligne. En effet, les orthophonistes acceptant les entretiens téléphoniques consacraient plus de temps à nous répondre et l'échange était riche.

Enfin, la passation du questionnaire se faisant la plupart du temps en ligne, une sélection involontaire d'orthophonistes maîtrisant l'outil informatique a pu avoir lieu. Ceci peut éventuellement expliquer que notre population soit si jeune.

---

## **4. Forces du travail**

Notre principale force réside en notre large échantillon comptant cent trois orthophonistes et respectant la répartition régionale française. De plus, les orthophonistes interrogés sont issus de presque tous les centres de formation français.

La qualité et la diversité des réponses font que nous avons probablement recueilli tous les avis, positifs ou négatifs, concernant cette prise en charge.

Nous avons fait le choix de tirer au sort notre échantillon parmi la population française. Ainsi, nous avons respecté la méthodologie statistique nous permettant de généraliser nos résultats.

Enfin, il s'agit d'un mémoire riche quant à l'évolution de la profession. En effet, l'orthophoniste est un professionnel amené à se former tout au long de sa carrière tant son secteur d'activité est polyvalent et en mouvement.

---

## **5. Comparaison avec les travaux précédents**

D'après nos recherches, aucune analyse de la prise en charge des troubles de la déglutition chez l'adulte par des orthophonistes libéraux de France métropolitaine n'a encore été fait. Seul un état des lieux de l'évolution des champs de compétences de l'orthophoniste a été réalisé, nous l'abordons dans notre partie théorique.

---

## **6. Perspectives, pistes pour le futur**

Tout d'abord, il paraîtrait intéressant qu'une étude similaire soit menée dans plusieurs années afin de voir l'évolution de la prise en charge. Ainsi, on pourrait observer s'il existe, ou non, des différences entre les orthophonistes formés en quatre ou en cinq ans tant au niveau des avis qu'au niveau de la formation et de la pratique.

De plus, il serait également pertinent de refaire cette étude comparative entre les Départements d'Orthophonie, afin de constater, ou non, une uniformisation post-master.

Enfin, cette étude pourrait aussi être menée auprès de tous les étudiants de dernière année dans chaque Département d'Orthophonie français.

---

# Conclusion

---

Notre étude nous a permis de mettre en avant des difficultés et des ressentis différents devant cette prise en charge.

Malgré tout, en France la plupart des orthophonistes ne la refusent pas et nous ne retrouvons à priori pas de disparités entre les régions.

Nous avons pu mettre en évidence une réelle diversité des formations tant initiales que continues.

Il semble tout de même qu'une uniformisation de la maquette des études d'orthophonie entre les différents départements français soit nécessaire car les formations initiales, basées sur les mêmes décrets, sont finalement très différentes. Ces disparités devraient s'amoinrir grâce à l'arrivée du master.

Dans notre formation, un maître mot demeure : l'apprentissage par la pratique. Ceci vaut pour les troubles de la déglutition ou pour n'importe quels autres troubles.

Pour finir, nous faisons le constat que les troubles de la déglutition semblent difficiles à prendre en charge. En effet, ils entrent en jeu dans différentes pathologies n'ayant pas toujours de points communs (les troubles de la déglutition dans les pathologies oto-rhino-laryngologiques sont très différents des troubles de la déglutition dans les pathologies neurologiques).

Il serait intéressant de voir, dans quelques années, comment la dysphagie aura été intégrée à la formation en cinq ans et si les avis sont toujours les mêmes qu'aujourd'hui.

---

# Bibliographie

- 
- Beatse V., Delplanque O., Henry De Hassonville A., Gihousse D., Desuter G. (1999). Laryngectomies et troubles de déglutition. *Cahier de Nutrition et de Diététique*. Volume 34, n°2, avril 1999. Page 121-125.
- Béjot Y., Auba A., De Peretti C., Grimaud O., Aboa-Eboulé C., Chin F., Woimant F., Jouglu E., Giroud M. (2010). Time trends in hospital-referred stroke and transient attack : results of a 7-year nationwide survey in France. *Cerebrovasc Dis*, 346-354.
- Brefel-Courbon, C. (2009). Les troubles neurovégétatifs (troubles digestifs) au cours de la maladie de Parkinson. *Revue Neurologique*, 165(HS2), 63-65.
- Castex, A. & Jouet, R., éd(s), (1920). *Traité d'orthophonie*, Paris, J.-B. Baillière et fils.
- Defebvre, L. (2007). La maladie de Parkinson et les syndromes parkinsoniens apparentés. *Médecine Nucléaire*, 31(6), 304-313.
- Desport, J. C., Jésus, P., Fayemendy, P., De Rouvray, C., & Salle, J. Y. (2011). Évaluation et prise en charge des troubles de la déglutition. *Nutrition clinique et métabolisme*, 25(4), 247-254.
- Feinberg, M. J., Ekberg, O., Segall, L., & Tully, J. (1992). Deglutition in elderly patients with dementia: findings of videofluorographic evaluation and impact on staging and management. *Radiology*, 183(3), 811-814.
- Flamand-Roze C., Roze E., Denier C. (2012). Troubles du langage et de la déglutition à la phase aiguë des accidents vasculaires cérébraux : outils d'évaluation et intérêt d'une prise en charge précoce. *Revue neurologique*. Volume 168, n°5, mai 2012. Pages 415-424.
- Forster, A., Samaras, N., Notaridis, G., Morel, P., Hua-Stolz, J., & Samaras, D. (2013). Évaluation et dépistage des troubles de la déglutition en gériatrie. *NPG Neurologie-Psychiatrie-Gériatrie*, 13(74), 107-116.
- Girod-Roux, M. (2012). Troubles de déglutition dans la maladie d'Alzheimer, *Revue de Littérature. La lettre Psychogériatrique*. 2-10. [28 Novembre 2014] <http://www.lettre-psychogeriatric.com/wp-content/uploads/2012/05/V2-49-M-Girod-Roux-Déglutition-Alzheimer.pdf>
- Griffet-Lecoeur, D., & Fleury, M. C. (2013). Comment j'examine et je gère les troubles de la déglutition dans la sclérose latérale amyotrophique?. *Pratique Neurologique-FMC*, 4(4), 258-261.
- Hans S. et Brasnu D. (2010). Cancers ORL : conduite à tenir et traitement. *Traité de médecine AKOS*, 6-0470.
- Hénault, C. (2008). Formation continue des orthophonistes : un irrésistible mouvement au service de l'orthophonie. De l'engagement volontaire à l'obligation de formation... *L'Orthophoniste*. 282, 19-26.
- Héral, O. (2007). *L'orthophonie avant l'orthophonie*. Isbergues, OrthoEdition.

- 
- Héral, O. (2008). L'anatomo-physiologie de la phonation et de la déglutition : quelques repères historiques de l'Antiquité à la fin du 16ème siècle. *L'Orthophoniste*, 282, 16-17.
- Homer, J., Alberts, M. J., Dawson, D. V., & Cook, G. M. (1994). Swallowing in Alzheimer's disease. *Alzheimer Disease & Associated Disorders*, 8(3), 177-189.
- Kremer J.-M., Lederlé E. (2009). *L'orthophonie en France*. Paris : Éditions Presses Universitaires de France.
- Lacau St Guily, J., Périé, S., Bruel, M., Roubeau, B., Susini, B., & Gaillard, C. (2005). Troubles de la déglutition de l'adulte. Prise en charge diagnostique et thérapeutique. *EMC-Oto-rhino-laryngologie*, 2(1), 1-25.
- Lambert, C., & Ménage, A. L. (2013). La presbyphagie: le vieillissement de la déglutition: plainte et vécu des personnes concernées. Mémoire en vue de l'obtention du Certificat de Capacité en Orthophonie, Université Paris VI.
- Lazarus C.L., Logemann J.A., Pauloski B.R., Colangelo L.A., Kahrilas P.J., Mittal B.B. et Pierce M. (1996). Swallowing disorders in head and neck cancer patients treated with radiotherapy and adjuvant chemotherapy. *Laryngoscope*, 106, 1157-1166.
- Litvan, I., Sastry, N., & Sonies, B. C. (1997). Characterizing swallowing abnormalities in progressive supranuclear palsy. *Neurology*, 48(6), 1654-1662.
- Logemann, J. A. (2007). Swallowing disorders. *Best Practice and Research Clinical Gastroenterology*, 21, 4, 563-573.
- Macia, F., Ballan, G., Yekhlief, F., Delmer, O., Vital, C., Lagueny, A., & Tison, F. (2003). Paralyse supranucléaire progressive: étude clinique, histoire naturelle et progression du handicap. *Revue neurologique*, 159(1), 31-42.
- Magnin, L. & Poncet, S. (2012). Évolution des champs de compétences en Orthophonie : Analyse historique à travers la presse spécialisée. Mémoire en vue de l'obtention du Certificat de Capacité en Orthophonie, Université Claude Bernard Lyon 1.
- Martin, B. J., & Corlew, M. M. (1990). The incidence of communication disorders in dysphagic patients. *Journal of Speech and Hearing Disorders*, 55(1), 28-32.
- Medjahed, S., Khellaf, A., Abdelfattah, M. & Sebbane, G. (2008). La dégénérescence cortico-basale : une affection rare et méconnue. *Neurologie-Psychiatrie-Gériatrie*, 8(44), 49-51.
- Merenhole É., (2012). *Dysphagie post radiothérapie : formalisation d'une consultation d'orthophonie. Protocole et création d'outils adaptés*. Mémoire en vue de l'obtention du Certificat de Capacité d'Orthophoniste. École d'Orthophonie de Lorraine, Nancy.
- Pfeiffer, R. F. (2003). Gastrointestinal dysfunction in Parkinson's disease. *The Lancet Neurology*, 2(2), 107-116.

---

Prades J.-M. et Reyt E. (2013). Cancers du larynx. *EMC oto-rhino-laryngologie*. Vol 8, n°2, mai 2013.

Priefer, B. A., & Robbins, J. (1997). Eating changes in mild-stage Alzheimer's disease: a pilot study. *Dysphagia*, 12(4), 212-221.

Remontet L., Estève J., Bouvier A.M., Grosclaude P., Launoy G., Menegoz F., Exbrayat C., Tretarre B., Carli P.M., Guizard A.V., Troussard X., Bercelli P., Colonna M., Halna J.M., Hedelin G., Macé-Lesec'h J., Peng J., Buémi A., Velter M., Jouglà É., Arveux P., Le Bodic L., Michel É., Sauvage M., Schvartz C., Faivre J. (2003). Estimations nationales : tendances de l'incidence et de la mortalité par cancer en France entre 1978 et 2000. *BEH*, 41(42), page 190.

Suh, M. K., Kim, H., & Na, D. L. (2009). Dysphagia in patients with dementia: Alzheimer versus vascular. *Alzheimer Disease & Associated Disorders*, 23(2), 178-184.

Tain L. (2007). *Le métier d'orthophoniste : langage, genre et profession*. Rennes : Éditions ENSP.

Verbaan, D., Marinus, J., Visser, M., Van Rooden, S. M., Stiggelbout, A. M., & Van Hilten, J. J. (2007). Patient-reported autonomic symptoms in Parkinson disease. *Neurology*, 69(4), 333-341.

Viallet, F., Gayraud, D., Bonnefoi-Kyriacou, B., Dupel-Pottier, C., & Aurenty, R. (2001). Aspects cliniques et thérapeutiques de la maladie de Parkinson. *Encyclopédie Médicochirurgicale Neurologie*, 17-060.

Volicer, L. (2010). Les soins aux patients atteints de maladie d'Alzheimer terminale. *La Revue Canadienne de la Maladie d'Alzheimer et autres démences*, 13(2), 9-14.

Woisard-Bassols V., Puech M. (2011). *La réhabilitation de la déglutition chez l'adulte, le point sur la prise en charge fonctionnelle*. Marseille : Éditions SOLAL.

## RESSOURCES INTERNET

→ Pour les informations concernant les formations continues

[www.formavenir-performances.fr/details-formation+troubles+de+la+deglutition-271.html](http://www.formavenir-performances.fr/details-formation+troubles+de+la+deglutition-271.html) [20 novembre 2014]

<http://www.ink-formation.com/FIFPL> [20 Novembre 2014]

[www.alister.org/formation/neurologie\\_deglutition\\_dysphagies\\_soins\\_3/Approche\\_pluridisciplinaire\\_des\\_troubles\\_de\\_la\\_d%C3%A9glutition\\_d%E2%80%99origine\\_neurologique.html](http://www.alister.org/formation/neurologie_deglutition_dysphagies_soins_3/Approche_pluridisciplinaire_des_troubles_de_la_d%C3%A9glutition_d%E2%80%99origine_neurologique.html)

Site de la FNO (Fédération Nationale des Orthophonistes) : <http://www.orthophonistes.fr>

<http://la10phagie.fr/la-formation/>

---

<https://sites.google.com/site/laformationcontinue/s/formations/formations-proposees/sdorrra-form>

→ HAS pour les recommandations en fonction des pathologies.

HAS. Haute Autorité de Santé (2014). Actes et prestations Affection de Longue Durée : la sclérose en plaques.

[www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/lap\\_ald\\_25\\_sep\\_actualisation.pdf](http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/lap_ald_25_sep_actualisation.pdf)

HAS. Haute Autorité de Santé. (actualisation Juillet 2012). Actes et prestations affection de longue durée : Maladie d'Alzheimer et autres démences.

[www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2009-07/lap\\_alzheimer\\_finale\\_web\\_juin2009.pdf](http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2009-07/lap_alzheimer_finale_web_juin2009.pdf)

HAS. Haute Autorité de Santé. (2010). ALD n°30 – Guide médecin sur le cancer de la thyroïde.

[http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2010-07/ald\\_30\\_gm\\_cancer\\_thyroide\\_web.pdf](http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2010-07/ald_30_gm_cancer_thyroide_web.pdf)

HAS. Haute Autorité de Santé. (2009). ALD n°30 – Guide médecin sur le cancer des voies aéro-digestives supérieures.

[http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2009-12/ald\\_30\\_guide\\_vads\\_web.pdf](http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2009-12/ald_30_guide_vads_web.pdf)

HAS. Haute autorité de santé. (2014). Guide du parcours de soins de la maladie de Parkinson.

[www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/201204/guide\\_parcours\\_de\\_soins\\_parkinson.pdf](http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/201204/guide_parcours_de_soins_parkinson.pdf)

HAS. Haute autorité de santé. (Actualisation de Janvier 2010). Liste des actes et prestations affection de longue durée. Protocole national de diagnostic et de soins : Sclérose Latérale Amyotrophique.

[www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/pnds\\_sla\\_version\\_web\\_290507.pdf](http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/pnds_sla_version_web_290507.pdf)

HAS. Haute Autorité de Santé. (2006). Prise en charge des personnes atteintes de sclérose latérale amyotrophique.

[www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/Sclerose\\_laterale\\_amyotrophique\\_long.pdf](http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/Sclerose_laterale_amyotrophique_long.pdf)

HAS. Haute Autorité de Santé. (2011). Recommandations de bonne pratique : Maladie d'Alzheimer et maladies apparentées : diagnostic et prise en charge.

---

[www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2011-12/recommandation\\_maladie\\_d\\_alzheimer\\_et\\_maladies\\_apparentees\\_diagnostic\\_et\\_prsie\\_en\\_charge.pdf](http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2011-12/recommandation_maladie_d_alzheimer_et_maladies_apparentees_diagnostic_et_prsie_en_charge.pdf)

HAS. Haute Autorité de Santé. Anaes (2002). Recommandations pour la pratique clinique – Prise en charge initiale des patients adultes atteints d'accident vasculaire cérébral – Aspects paramédicaux.

[http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/avc\\_param\\_351dical\\_recommandations\\_version\\_2006.pdf](http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/avc_param_351dical_recommandations_version_2006.pdf)

→ INSEE (Institut National de la Statistique et des Études Économiques)

Carte de répartition des orthophonistes en France.

[http://www.statistiques-locales.insee.fr/carto/ESL\\_CT\\_cartethematique.asp?nivgeo=REG&indic\\_id=768](http://www.statistiques-locales.insee.fr/carto/ESL_CT_cartethematique.asp?nivgeo=REG&indic_id=768)

→ TEXTES DE LOIS

Cresson, É., Bianco, J.-L., Durieux, B. (1992). Décret n°92-327 du 30 mars 1992 modifiant le décret n°83-766 du 24 août 1983 fixant la liste des actes professionnels accomplis par les orthophonistes. Repéré à [http://legifrance.gouv.fr/jopdf/common/jo\\_pdf.jsp?numJO=0&dateJO=19920401&numTexte=&pageDebut=04606&pageFin=](http://legifrance.gouv.fr/jopdf/common/jo_pdf.jsp?numJO=0&dateJO=19920401&numTexte=&pageDebut=04606&pageFin=)

De Gaulle, C., Joxe, L., Foyer, J., Fouchet, C., Marcellin, R. (1964). Loi n°64-699 du 10 juillet 1964 relative aux professions d'orthophoniste et d'aide-orthoptiste (1). Repéré à [http://legifrance.gouv.fr/jopdf/common/jo\\_pdf.jsp?numJO=0&dateJO=19640711&numTexte=&pageDebut=06174&pageFin=06174](http://legifrance.gouv.fr/jopdf/common/jo_pdf.jsp?numJO=0&dateJO=19640711&numTexte=&pageDebut=06174&pageFin=06174)

Jospin, L., Guigou, É., Kouchner, B. (2002). Décret n°2002-721 du 2 mai 2002 relatif aux actes professionnels et à l'exercice de la profession d'orthophoniste. Repéré à [http://legifrance.gouv.fr/jopdf/common/jo\\_pdf.jsp?numJO=0&dateJO=20020504&numTexte=56&pageDebut=08339&pageFin=08339](http://legifrance.gouv.fr/jopdf/common/jo_pdf.jsp?numJO=0&dateJO=20020504&numTexte=56&pageDebut=08339&pageFin=08339)

Ministère des affaires sociales et de la solidarité nationale. (1983). Décret n°83-766 du 24 août 1983 fixant la liste des actes professionnels accomplis par les orthophonistes. Repéré à [http://legifrance.gouv.fr/jopdf/common/jo\\_pdf.jsp?numJO=0&dateJO=19830827&numTexte=&pageDebut=02671&pageFin=](http://legifrance.gouv.fr/jopdf/common/jo_pdf.jsp?numJO=0&dateJO=19830827&numTexte=&pageDebut=02671&pageFin=)

Ministère de l'agriculture et ministère de la santé publique et de la sécurité sociale. (1969). Modification de la Nomenclature générale des actes professionnels des médecins, chirurgiens dentistes, sages-femmes et auxiliaires médicaux annexée à l'arrêté du 4 juillet 1960. Repéré à [http://www.legifrance.gouv.fr/jopdf/common/jo\\_pdf.jsp?numJO=0&dateJO=19691003&numTexte=&pageDebut=09809&pageFin=#](http://www.legifrance.gouv.fr/jopdf/common/jo_pdf.jsp?numJO=0&dateJO=19691003&numTexte=&pageDebut=09809&pageFin=#)

- 
- Ministère de l'éducation nationale. (1966). Décret n°66-838 du 10 novembre 1966 portant création dans les facultés de médecine et les facultés mixtes de médecine et de pharmacie d'un certificat de capacité d'orthophoniste. Repéré à [http://legifrance.gouv.fr/jopdf/common/jo\\_pdf.jsp?numJO=0&dateJO=19661115&numTexte=&pageDebut=09921&pageFin=](http://legifrance.gouv.fr/jopdf/common/jo_pdf.jsp?numJO=0&dateJO=19661115&numTexte=&pageDebut=09921&pageFin=)
- Ministère de l'éducation nationale. (1969). Contrôle des aptitudes psychophysiques des candidats au certificat de capacité d'orthophoniste. Repéré à [http://legifrance.gouv.fr/jopdf/common/jo\\_pdf.jsp?numJO=0&dateJO=19691114&numTexte=&pageDebut=11129&pageFin=](http://legifrance.gouv.fr/jopdf/common/jo_pdf.jsp?numJO=0&dateJO=19691114&numTexte=&pageDebut=11129&pageFin=)
- Ministère de l'éducation nationale. (1972). Réforme des études en vue du certificat de capacité d'orthophoniste. Repéré à [http://legifrance.gouv.fr/jopdf/common/jo\\_pdf.jsp?numJO=0&dateJO=19721227&numTexte=&pageDebut=13537&pageFin=](http://legifrance.gouv.fr/jopdf/common/jo_pdf.jsp?numJO=0&dateJO=19721227&numTexte=&pageDebut=13537&pageFin=)
- Ministère de l'éducation nationale. (1986). Arrêté du 16 mai 1986 relatif aux études en vue du certificat de capacité d'orthophoniste. Repéré à [http://legifrance.gouv.fr/jopdf/common/jo\\_pdf.jsp?numJO=0&dateJO=19860611&numTexte=&pageDebut=07254&pageFin=](http://legifrance.gouv.fr/jopdf/common/jo_pdf.jsp?numJO=0&dateJO=19860611&numTexte=&pageDebut=07254&pageFin=)
- Ministère de l'éducation nationale. (1997). Arrêté du 25 avril 1997 modifiant l'arrêté du 16 mai 1986 relatif aux études en vue du certificat de capacité d'orthophoniste. Repéré à [http://legifrance.gouv.fr/jopdf/common/jo\\_pdf.jsp?numJO=0&dateJO=19970507&numTexte=&pageDebut=06894&pageFin=19970507](http://legifrance.gouv.fr/jopdf/common/jo_pdf.jsp?numJO=0&dateJO=19970507&numTexte=&pageDebut=06894&pageFin=19970507)
- Ministère de l'enseignement supérieur et de la recherche. (2013). Décret n°2013-798 du 30 août 2013 relatif au régime des études en vue du certificat de capacité d'orthophoniste. Repéré à [http://legifrance.gouv.fr/jopdf/common/jo\\_pdf.jsp?numJO=0&dateJO=20130901&numTexte=9&pageDebut=14864&pageFin=14866](http://legifrance.gouv.fr/jopdf/common/jo_pdf.jsp?numJO=0&dateJO=20130901&numTexte=9&pageDebut=14864&pageFin=14866)
- Ministère de la santé publique et de la sécurité sociale et ministère de l'agriculture. (1972). Nomenclature générale des actes professionnels des médecins, chirurgiens dentistes, sages-femmes et auxiliaires médicaux. Repéré à [http://legifrance.gouv.fr/jopdf/common/jo\\_pdf.jsp?numJO=0&dateJO=19720331&pageDebut=03282&pageFin=&pageCourante=03282](http://legifrance.gouv.fr/jopdf/common/jo_pdf.jsp?numJO=0&dateJO=19720331&pageDebut=03282&pageFin=&pageCourante=03282)
- Ministère de la solidarité de la santé et de la protection sociale. (1990). Arrêté du 27 juin 1990 modifiant la Nomenclature générale des actes professionnels des médecins, des chirurgiens dentistes, des sages-femmes et des auxiliaires médicaux. Repéré à [http://legifrance.gouv.fr/jopdf/common/jo\\_pdf.jsp?numJO=0&dateJO=19900705&numTexte=&pageDebut=07869&pageFin=](http://legifrance.gouv.fr/jopdf/common/jo_pdf.jsp?numJO=0&dateJO=19900705&numTexte=&pageDebut=07869&pageFin=)
- Secrétariat d'état aux universités. (1977). Modifications de certaines dispositions de l'arrêté du 14 décembre 1972 relatif à la réforme des études en vue du certificat de capacité d'orthophoniste. Repéré à [http://legifrance.gouv.fr/jopdf/common/jo\\_pdf.jsp?numJO=0&dateJO=19771002&numTexte=&pageDebut=56351&pageFin=0](http://legifrance.gouv.fr/jopdf/common/jo_pdf.jsp?numJO=0&dateJO=19771002&numTexte=&pageDebut=56351&pageFin=0)

---

# Liste des annexes

---

**Liste des annexes :**

**Annexe n°1 : Décret n°83-766 du 24 août 1983 fixant la liste des actes professionnels accomplis par les orthophonistes.**

**Annexe n°2 : Décret n°92-327 du 30 mars 1992 modifiant le décret n°83-766 du 24 août 1983 fixant la liste des actes professionnels accomplis par les orthophonistes.**

**Annexe n°3 : Décret n°2002-721 du 2 mai 2002 relatif aux actes professionnels et à l'exercice de la profession d'orthophoniste.**

**Annexe n°4 : Nomenclature générale des actes professionnels des médecins, chirurgiens-dentistes, sages-femmes et auxiliaires médicaux du 27 mars 1972 – Titre III, Chapitre VI, Article 5.**

**Annexe n°5 : Nomenclature générale des actes professionnels des médecins, chirurgiens-dentistes, sages-femmes et auxiliaires médicaux du 27 mars 1972 – Titre IV, Chapitre II, Article 2.**

**Annexe n°6 : Arrêté du 27 juin 1990 modifiant la Nomenclature générale des actes professionnels des médecins, des chirurgiens-dentistes, des sages-femmes et des auxiliaires médicaux.**

**Annexe n°7 : Frise chronologique des dates d'apparition des pathologies dans les revues orthophoniques.**

**Annexe n°8 : Loi n°64-699 du 10 juillet 1964 relative aux professions d'orthophoniste et d'aide-orthoptiste.**

**Annexe n°9 : Tableau récapitulatif des textes de lois régissant la formation initiale.**

---

**Annexe n°10 : Arrêté du 16 septembre 1977 modifiant l'arrêté du 14 décembre 1972 relatif à la réforme des études en vue du certificat de capacité d'orthophoniste.**

**Annexe n°11 : Arrêté du 25 avril 1997 modifiant l'arrêté du 16 mai 1986 relatif aux études en vue du certificat de capacité d'orthophoniste.**

**Annexe n°12 : Tableau récapitulatif des programmes des écoles françaises dans le domaine de la déglutition sur 4 ans.**

**Annexe n°13 : Tableau récapitulatif non exhaustif des formations continues dans le domaine de la déglutition.**

**Annexe n°14 : Répartition française des orthophonistes par région.**

**Annexe n°15 : Questionnaire destiné aux orthophonistes.**

**Annexe n°16 : Questionnaire destiné aux étudiants.**

**Annexe n°17 : Tableau des années d'obtention du diplôme.**

**Annexe n°18 : Histogramme représentant le pourcentage d'orthophonistes prenant en charge les troubles de la déglutition chez l'adulte par région.**