

# MEMOIRE

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

**Virginie DELBART BRIEDEN**

soutenu publiquement en juin 2016:

**Dépistage et prise en charge  
pluridisciplinaire des troubles de la  
déglutition du patient âgé et rôle de  
l'orthophoniste :**

Action de prévention auprès des professionnels de  
l'Hospitalisation A Domicile en Nord Pas-de-Calais

MEMOIRE dirigé par :

**Monsieur le Professeur François PUISIEUX**, gériatre, Hôpital gériatrique Les  
Bateliers, CHRU de Lille

**Madame Marie ARNOLDI**, orthophoniste, Hôpital Huriez, CHRU de Lille

Lille – 2016

A Agnès, emportée par une pneumopathie d'inhalation dans l'ignorance  
générale...

## Remerciements

Je tiens à remercier Monsieur le Professeur François Puisieux pour sa disponibilité, son intérêt pour mon travail, ses encouragements et son soutien. Ses conseils, nos échanges, m'ont permis de progresser et d'enrichir ma réflexion.

Je remercie tout particulièrement Madame Marie Arnoldi, qui non seulement a accepté d'encadrer ce travail, mais m'a également accueillie en stage tout au long de ma formation. Elle m'a formée avec bienveillance, professionnalisme et restera pour moi un modèle de connaissances, de savoir-faire et de savoir-être.

Merci à Monsieur Gery Meerschman, pour la qualité de ses enseignements, ses conseils. En peu de temps, il m'a transmis énormément sur la posture de thérapeute.

Merci à mes maîtres de stage de 4<sup>e</sup> année, qui ont contribué à ma formation et m'ont aidée à progresser en partageant leurs savoirs avec bienveillance.

Merci à tous les professionnels des HAD qui ont accepté de participer à ce travail, et à Madame Virginie Ruglio, orthophoniste, pour son aide précieuse dans mes recherches bibliographiques et la qualité de son forum de discussion « Dysphagies neurogériatriques ».

Merci à mes amies Sophie et Nadège, qui ont accepté de devenir conseillères, relectrices et correctrices en donnant de leur temps.

Enfin, je remercie mon mari, Christoph, qui a sacrifié son temps, son énergie, sa patience à m'entourer, me soutenir, m'encourager sans relâche, et me nourrir en devenant pour moi le meilleur cuisinier de Flandre ! Ce projet, cette aventure est la nôtre, je n'y serai pas arrivée seule.

Merci à ma fille, Ilona, qui avec indulgence et maturité, m'a laissé travailler en sacrifiant tous ces moments que nous n'avons pas passés ensemble. Elle a appris la valeur du travail et de l'effort, qui lui seront nécessaires pour mener à bien son projet de devenir médecin.

## **Résumé :**

Les troubles de la déglutition ont une prévalence importante chez la personne âgée vivant à domicile. A partir de ce constat, véritable problématique de santé publique tant les conséquences sont importantes, les soignants intervenant de plus en plus au domicile devenu lieu de soin, notamment par le biais des structures d'Hospitalisation A Domicile, il paraissait important de réaliser un état des lieux des pratiques et des connaissances de ces personnes aux premières loges pour effectuer le dépistage des troubles, l'orientation du patient, initier l'évaluation et suivre les adaptations préconisées au patient afin de leur proposer une information adaptée à leurs besoins.

167 professionnels de santé travaillant dans 9 structures d'Hospitalisation A Domicile de la région Nord Pas-de-Calais ont participé à cette enquête, qui suggère des manques en matière de mise en place d'une évaluation systématique des troubles, de prise en charge pluridisciplinaire, une méconnaissance des signes de trouble de la déglutition et des adaptations préconisées sans qu'une évaluation des besoins particuliers du patient n'ait été réalisée.

12 sessions d'informations ont permis de sensibiliser ces professionnels au dépistage des troubles, aux signes d'alerte et de surveillance, aux conditions à risques, à l'importance de la prise en charge pluridisciplinaire et de l'évaluation orthophonique dans l'intérêt de la sécurité et de la qualité de vie du patient.

Ce projet a suscité un intérêt important, témoin des besoins en formation de ces professionnels. La satisfaction exprimée suite aux sessions d'information suggère que la démarche était adaptée aux attentes et aux contraintes de ces professionnels.

## **Mots-clés :**

Dysphagie, prévention, patient âgé, soins à domicile, dépistage, déglutition, hospitalisation à domicile, vieillissement

**Abstract:**

Swallowing problems have a high prevalence among elderly people living at home and are a true public health problem with important consequences.

Nowadays, the home becomes a place of health care, and the health care professionals working in home care facilities are important health partners in the elderly population. It seemed interesting to realize a survey to get to know more about their knowledge and practices about dysphagia screening, patient addressing, swallowing assessment, following of the treatments prescribed, and then from the results of this survey, propose informations sessions addressing their needs.

167 health care professionals working in 9 home care hospital facilities of the Nord Pas-de-Calais french region participated to this survey. Results suggest lacks in terms of dysphagia assessment, multidisciplinary intervention, lack of knowledge of signs of dysphagia and possibilities of rehabilitation.

12 informations sessions were organized to inform health care professionals on dysphagia screening, alerting signs and clinical parameters, risk factors, importance of multidisciplinary intervention and assessment by a speech pathologist to ensure patients safety and maintain quality of life.

The number of participating professionals show their high interest for this subject and training needs. Satisfaction measured from the informations sessions suggest that the approach met their expectations, taking into account their every day working context and constraints.

**Keywords :**

Swallowing disorders, dysphagia, prevention, elderly patients, swallowing, aging, home care hospital facility

## TABLE DES MATIERES

<b>Introduction .....</b>	<b>1</b>
<b>Contexte théorique, buts et hypothèses .....</b>	<b>4</b>
.1. Le vieillissement de la population : un phénomène inéluctable .....	5
.1.1. Perception de la vieillesse dans la société .....	6
.1.2. Vieillissement et soins : le maintien à domicile, un enjeu majeur des politiques sanitaires et sociales .....	7
.1.2.1. L'hospitalisation à domicile (HAD) .....	9
.1.2.2. Les orthophonistes, partenaires de la prise en charge à domicile du sujet âgé .....	11
.2. Le vieillissement : un processus complexe et multifactoriel .....	12
.2.1. Effets sur le métabolisme .....	13
.2.2. Effets sur le système nerveux .....	13
.2.3. Effets sur l'appareil respiratoire .....	13
.2.4. Effets sur l'appareil locomoteur .....	14
.2.5. Effets sur l'appareil digestif .....	14
.2.6. Conséquences sur les organes sensoriels .....	14
.2.7. Conséquences cognitives .....	15
.2.8. Psychologie et communication .....	15
.2.9. Le vieillissement et les maladies liées à l'âge .....	15
.2.10. La polymédication du sujet âgé .....	16
.3. Les troubles de la déglutition chez la personne âgée .....	17
.3.1. Spécificités du vieillissement sur la sphère oro-faciale (Revol P et al, 2008) ..	18
.3.1.1. Effets sur les muscles masticateurs .....	18
.3.1.2. Effet sur l'articulation temporo-mandibulaire .....	18
.3.1.3. Effet sur les muqueuses buccales .....	19
.3.1.4. L'édentement .....	19
.3.1.5. Effets sur les glandes salivaires .....	20
.3.1.5.1. Rôle de la salive .....	20
.3.1.5.2. L'hyposialie .....	20
.3.2. Principaux mécanismes de dysfonctionnement de la déglutition chez le sujet âgé ....	21
.3.3. Principales pathologies pouvant altérer la déglutition chez le sujet âgé (d'après Finiels H et al, 2001) .....	22
.3.4. Conséquences des troubles de la déglutition chez le sujet âgé .....	23
.3.4.1. Complications liées aux troubles de la déglutition .....	23
.3.4.2. Conséquences psychosociales .....	24

.3.5.Du repérage des troubles à la prise en charge... (d'après Woisard V et al, 2011) .	24
.3.5.1.Signes d'alerte et critères de surveillance	25
.3.5.2.Outils de dépistage des troubles de la déglutition à destination des soignants	26
.3.5.2.1.Echelle EAT-10 (Belafsky PC et al, 2008)	26
.3.5.2.2.Test de Capacité Fonctionnelle de la Déglutition TCFD (Guatterie M et al, 1999)	27
.3.5.3.Une approche pluridisciplinaire	27
.4.Buts	29
<b>Sujets, matériel et méthode</b>	<b>31</b>
.1.Population de l'étude et démarche de recrutement	32
.2.Méthodologie	34
.2.1.Etats des lieux des connaissances et des pratiques	34
.2.2.Action de prévention : sessions d'informations sur le dépistage, la prise en charge pluridisciplinaire des troubles de la déglutition du patient âgé auprès des professionnels de soins en HAD et le rôle de l'orthophoniste	35
.2.3.Schéma récapitulatif du déroulement opérationnel du projet	36
.3.Matériels	37
.3.1.Questionnaire d'enquête auprès des professionnels de soins en HAD (cf. annexe n°5)	37
.3.2.Supports d'information	37
.3.3.Questionnaire d'évaluation des sessions d'information	39
.4.Méthode d'analyse	39
<b>Résultats</b>	<b>41</b>
.1.Population de l'étude	42
.2.Diagramme des flux du projet	42
.3.Etat des lieux des connaissances et des pratiques des professionnels	43
.3.1.Nombre et profils des répondants	43
.3.2.Etat des lieux des pratiques	45
.3.2.1.Comportement général des professionnels interrogés face à une plainte sur la déglutition	45
.3.2.2.Adaptations alimentaires proposées aux patients	47
.3.2.3.Adaptations de la posture / de l'environnement proposées aux patients	48
.3.2.4.Propositions d'ustensiles adaptés	48
.3.2.5.Pratiques concernant la prise en charge pluridisciplinaire	49
.3.3.Perception des soignants sur la prise en charge des troubles de la déglutition	50
.3.4.Etat des lieux des connaissances sur les troubles de la déglutition du patient	

âgé .....	54
.3.4.1. Connaissances des risques encourus par les patients dysphagiques .....	54
.3.4.2. Connaissances des signes d'alerte sur la présence d'un trouble de la déglutition .....	55
.3.4.3. Connaissances des pathologies ou conditions à risques de développer un trouble de la déglutition.....	56
.3.4.4. Connaissances des mécanismes physiologiques ou anatomiques en lien avec un trouble de la déglutition.....	57
.3.5. Perception de l'impact d'un trouble de la déglutition sur la qualité de vie du patient âgé .....	57
.3.6. Intérêt des professionnels pour la thématique des troubles de la déglutition / besoin en information .....	57
.4. Evaluation des sessions d'informations par les professionnels .....	58
.4.1. Sessions d'informations et nombre de participants .....	58
.4.2. Evaluation des sessions d'informations.....	59
.4.2.1. Analyse des questionnaires d'évaluation.....	59
.4.2.2. Echanges avec les professionnels lors des sessions d'informations .....	61
<b>Discussion .....</b>	<b>63</b>
.1. Rappel des objectifs .....	64
.2. Principaux résultats répondants aux objectifs.....	65
.2.1. Etat des lieux des connaissances et des pratiques des professionnels intervenant au domicile .....	65
.2.2. Sensibilisation des soignants sur leur rôle dans le dépistage et la prise en charge des troubles de la déglutition du patient âgé à domicile .....	66
.2.3. Renforcer / mettre à jour les connaissances de soignants sur la thématique des troubles de la déglutition du patient âgé .....	67
.2.4. Sensibilisation au rôle de l'orthophoniste dans la prise en charge pluridisciplinaire des troubles de la déglutition du patient âgé à domicile .....	69
.3. Biais et limites du travail .....	70
.3.1. Limites dans le recrutement .....	70
.3.2. Limites dans la démarche .....	71
.3.3. Biais dans la phase d'état des lieux des connaissances et des pratiques.....	72
.4. Forces du travail .....	72
.4.1. La taille de la population touchée .....	72
.4.2. L'originalité .....	73
.4.3. Les échanges avec les professionnels de terrain.....	73
.4.4. La satisfaction exprimée concernant les sessions d'informations .....	74
.5. Comparaison aux travaux précédents .....	74

.6.Perspectives .....	76
<b>Conclusion.....</b>	<b>80</b>
<b>Bibliographie .....</b>	<b>82</b>
<b>Liste des annexes .....</b>	<b>87</b>
Liste des annexes :.....	88
Annexe n°1 : Liste des classes médicamenteuses ayant un effet sur la déglutition. .....	88
Annexe n°2 : Echelle EAT-10.....	88
Annexe n°3 : TCFD.....	88
Annexe n°4 : Document de présentation du projet remis à chacune des structures HAD contactées.....	88
Annexe n°5 : Questionnaire d'enquête auprès des professionnels de soins en hospitalisation à domicile.....	88
Annexe n°6 : Exemple de synthèse personnalisée des résultats d'enquête transmis aux différentes structures d'hospitalisation à domicile.....	88
Annexe n°7 : Calendrier détaillé du projet.....	88
Annexe n°8 : Support d'information utilisé auprès des professionnels de l'hospitalisation à domicile.....	88
Annexe n°9 : Documents remis aux professionnels lors des sessions d'information réalisées.....	88
Annexe n°10 : Questionnaire d'évaluation distribué aux professionnels de l'hospitalisation à domicile en fin de chaque session d'information.....	88
Annexe n°11: Attestation de formation sur la pratique clinique en déglutition .....	88

# Introduction

Les troubles de la déglutition sont fréquents chez la personne âgée et touchent, selon les études, entre 8 et 15% des personnes de plus de 65 ans vivant à domicile. Les conséquences des troubles de la déglutition comme la perte de poids, la dénutrition, la déshydratation, l'anxiété, la perte d'autonomie, affaiblissent les personnes âgées et rendent ces sujets déjà fragiles encore plus vulnérables.

Ils représentent un problème de santé publique de par leur fréquence, leur gravité et leurs conséquences en termes de morbi mortalité.

Les soignants intervenant au domicile des personnes âgées, infirmiers et aides-soignants, impliqués au quotidien dans les soins et dans l'alimentation, occupent une place de premier plan dans le repérage, la prévention et l'information des patients sur les troubles de la déglutition. Pourtant, dans le contexte du vieillissement et de la perte d'autonomie, les symptômes sont souvent peu visibles ou mal interprétés (diminution des prises alimentaires, refus des repas en famille, perte de poids, bavage, prolongation de la durée des repas, conservation de résidus alimentaires en bouche, haleine fétide...).

Il est ainsi fréquent que les troubles de la déglutition restent non-diagnostiqués durant plusieurs années, le sujet compensant sa gêne par une modification progressive de son alimentation et de sa posture. Ils deviennent brutalement évidents à l'occasion de complications comme par exemple des complications pulmonaires, des fausses routes graves pouvant entraîner le décès, une dénutrition, la survenue d'une pneumopathie... Une étude réalisée sur des sujets de plus de 65 ans décédés des suites d'une inhalation alimentaire massive a suggéré que le trouble de déglutition n'avait été diagnostiqué avant le décès que chez 5% des sujets seulement (Beyer I, 2009)

A l'heure où les politiques publiques mettent l'accent sur le maintien à domicile de la personne âgée (loi «Adaptation de la société au vieillissement» du 29 décembre 2015), diverses structures, notamment les structures d'Hospitalisation à Domicile (HAD), sont des acteurs clés dans le paysage sanitaire. Il existe en région Nord Pas-de-Calais 15 structures HAD.

En 2010, 48,1% des séjours en HAD concernaient des patients âgés de plus de 60 ans, dont 2 tiers de plus de 75 ans (Source : chiffres clés de Fédération Nationale des Etablissements d'Hospitalisation A Domicile FNEHAD).

L'ensemble des auteurs de recommandations concernant la prise en charge des troubles de la déglutition insistent sur la nécessité de l'approche pluridisciplinaire dans la prévention, le diagnostic et la prise en charge de ces troubles et de la collaboration de tous les acteurs à la fois médicaux (médecin traitant, médecins spécialistes), paramédicaux (infirmier, orthophoniste, kinésithérapeute, diététicien), l'équipe soignante mais aussi l'entourage (conjoint, famille, auxiliaire de vie, aidant naturel).

Si l'on trouve des articles et travaux concernant la détection et la prise en charge des troubles de la déglutition chez les personnes âgées vivant en institution, on ne trouve pas d'initiative concernant les soins à domicile ou les soins de premier recours.

L'objectif de ce travail est en premier lieu de réaliser un état des lieux sur les pratiques concernant le repérage et la prise en charge des troubles de la déglutition par les soignants intervenant à domicile auprès de sujets âgés dans le cadre de l'HAD en région Nord Pas-de-Calais. En second lieu, il est de réaliser une action de prévention auprès de ces soignants en les sensibilisant au repérage des troubles, à l'orientation du patient, à l'évaluation orthophonique, et à la prise en charge thérapeutique.

En effet, il est capital d'informer les soignants à domicile qui sont au contact quotidien des personnes âgées et favoriser le travail en équipe pluridisciplinaire en intégrant l'orthophoniste libéral au cœur de la prise en charge.

Dans un premier temps, nous présenterons les caractéristiques du vieillissement importantes à considérer dans le cadre de cette étude, ainsi que le vieillissement de la déglutition et les éléments de repérage et de prise en charge des troubles dysphagiques.

Puis nous décrirons la méthodologie et les outils employés pour mener à bien ce projet, et enfin nous présenterons les résultats de ce travail.

# Contexte théorique, buts et hypothèses

## **.1. Le vieillissement de la population : un phénomène inéluctable**

D'un point de vue physiologique, le vieillissement correspond à une dégradation moléculaire et cellulaire au fil du temps, entraînant des modifications des capacités physiques et mentales, mais également une augmentation du risque de maladie et de décès.

Cependant, parce qu'il est la résultante des effets des facteurs génétiques intrinsèques et des facteurs environnementaux auxquels l'organisme a été exposé toute sa vie, cet état de fait n'est pas linéaire et ne s'exprime ni de la même façon, ni à la même vitesse d'un individu à l'autre. Certains jouissent encore de toutes leurs capacités à 70 ans alors que d'autres requièrent des soins adaptés ou continus.

De nos jours, et pour la première fois selon l'OMS, l'espérance de vie de la plupart des humains a dépassé 60 ans. Si les définitions du vieillissement sont multiples, on notera que l'OMS retient le critère d'âge de 65 ans et plus pour définir la population des personnes âgées.

Le vieillissement de la population, soit l'augmentation de la répartition de la population en faveur des plus âgés, a commencé dans les pays favorisés, mais continue à se développer partout dans le monde.

Comme bien d'autres pays, la France connaît une transition démographique : augmentation continue des classes d'âge élevé appelée gérontocroissance, espérance de vie moyenne qui atteint 82,4 ans en 2015 (source INSEE), proportion des personnes de plus de 60 ans de 25,3%, et estimée à un tiers en 2050 (source INSEE). Il y a un siècle, à l'aube de la première guerre mondiale, l'espérance de vie moyenne était de 50 ans.

Les pathologies chroniques, fatales il y a 40 ans, sont désormais mieux contrôlées et stabilisées.

Cette frange importante de la population est le centre d'intérêt de nombreux domaines. Après l'apparition du terme gérontologie en 1950, la médecine gériatrique se définit en 1961.

D'autre part, gardons à l'esprit que le terme « personne âgée » définit une population très hétérogène en ce qui concerne l'âge et l'état de santé : il y aura souvent peu de comparaison possible entre une personne de 70 ans et une personne de 95 ans qu'une génération sépare. Leurs besoins en matière de prise en

charge seront différents et relèveront d'une approche globale à la fois médicale, fonctionnelle, et sociale.

Ces phénomènes représentent un défi évident sur le plan sanitaire.

### **.1.1. Perception de la vieillesse dans la société**

Le regard porté sur la personne âgée a considérablement évolué à travers les époques.

Autrefois perçue comme sage détentrice du savoir et de la mémoire collective, dans notre société moderne la personne âgée est bien souvent considérée comme un fardeau : improductive, elle « coûte » cher à la société, et ce bien qu'elle joue toujours un rôle dans la société de consommation. L'image de la dépendance, du besoin d'assistance au quotidien est bien présente aux yeux des plus jeunes, qui se voient dans l'obligation de jouer le rôle de l'aidant (1 actif sur 12 devient aidant, source : panel des aidants familiaux, BVA / Fondation Novartis), en sacrifiant de leur vie souvent encore active, et parfois même l'âge de leur propre retraite.

Vue comme un poids pour les plus jeunes, elle entrave également, de manière concrète ou dans l'inconscient collectif, le développement économique, le nombre d'actifs producteurs de valeur économique étant en constante diminution.

Dans une société dirigée par la performance et l'argent, les personnes âgées sont exclues. Dans une société où l'apparence compte, peu de gens « aiment vieillir » car vieillir est le synonyme du déclin au sens large, des capacités aussi bien physiques qu'intellectuelles, et bien sûr atteint le regard narcissique. Nous pouvons illustrer cette perception par la citation de Marie De Hennezel, psychologue clinicienne : *" les gens ont peur de vieillir parce qu'ils souffrent du regard que l'on porte sur eux. Ils ont l'impression d'être laids, inutiles, un fardeau pour la société. "* (De Hennezel M, 2008).

Nous cherchons ainsi à repousser par tous les moyens possibles les limites du vieillissement : cosmétiques de pointe, chirurgie esthétique, activité physique...

L'apparition du terme « senior », par opposition aux termes considérés comme péjoratifs de « vieux », « vieillards », « aïeuls », « ancêtres », démontre une volonté de redorer l'image de cette vieillesse et faire tomber les préjugés. Ce terme « senior », dont l'origine latine signifie « plus âgé », fut d'abord employé pour désigner les personnes en deuxième partie de carrière professionnelle, soit autour

de 45-50 ans. Il s'est progressivement étendu à l'ensemble des personnes de plus de 50 ans, et n'est pas toujours utilisé de la même manière selon les contextes (ainsi l'Etat français désigne les plus de 60 ans comme seniors).

De cette mouvance naît la « silver economy », économie au service des âgés, destinée à produire des innovations capables d'accompagner le vieillissement et de faire reculer la perte d'autonomie. La silver economy est soutenue en France depuis le gouvernement de Jean-Marc Ayrault par des politiques publiques d'encouragement au développement économique des entreprises œuvrant dans ce domaine, afin d'anticiper les besoins de demain de cette population croissante.

Enfin, dans les pays industrialisés, le cap de la retraite est souvent considéré comme le basculement dans la vieillesse. Ce passage marque bien des changements : arrêt de la vie active, synonyme pour certains d'exclusion sociale et d'inutilité, diminution importante des revenus, apparition de maladies, sentiment de rapprochement de la mort...

L'augmentation de la part des personnes âgées dans notre société nous interpelle tous : êtres humains, enfants, parents, citoyens, actifs, entrepreneurs, soignants et politiques.

## **.1.2. Vieillesse et soins : le maintien à domicile, un enjeu majeur des politiques sanitaires et sociales**

Une part importante de personnes, même très âgées, vit à domicile :

En 2007, par tranche d'âge	65-74 ans	75-84 ans	85-94 ans	95 ans et +
Personnes demeurant à domicile	98,9%	95,5%	78,6%	57,4%

**Tableau I : chiffres issus du Rapport d'information déposé par la commission des affaires sociales de l'Assemblée Nationale, le 23 juin 2010, en conclusion des travaux de la mission sur la prise en charge des personnes âgées dépendantes**

Le choix de la majorité des personnes est de pouvoir vieillir chez elles. Ce choix est pourtant parfois difficile lorsqu'une pathologie ou la dépendance s'installe.

Au-delà des facteurs psychosociaux évidents, comme le maintien du lien social et familial, l'effet bénéfique sur le moral et le bien-être, le maintien à domicile implique l'intervention de nombreux acteurs, sanitaires, sociaux et médico-sociaux.

Les soins à domicile ont pour vocation de prévenir la perte d'autonomie et de maintenir la personne dans son lieu de vie le plus longtemps possible. Ils ont pour principe l'évaluation des besoins et l'élaboration d'un projet de soins personnalisé.

Le développement des soins à domicile s'est vu notamment renforcé par différentes mesures successives :

- La loi du 31 juillet 1991 portant Réforme Hospitalière reconnaissant l'Hospitalisation A Domicile (HAD) comme une alternative à part entière à l'hospitalisation traditionnelle,
- La création de l'Allocation Personnalisée d'Autonomie (APA) en 2001 pour renforcer le plan d'aide global au soutien à domicile,
- Le plan Solidarités et Vieillesse (2004-2007) suivi du Plan Solidarité Grand Age (2007-2012) qui avaient pour objectif d'augmenter notamment les soins infirmiers à domicile (création des Services de Soins Infirmiers A Domicile pour Personnes Agées),
- la loi Hôpital Patient Santé Territoires (HPST) du 21 juillet 2009 dont l'un des fondements repose sur **l'intervention sur le lieu de vie des patients, la prévention et l'éducation thérapeutique du patient et de son entourage**,
- la circulaire n°DGOS/R4/2013/398 du 4 décembre 2013 relative au positionnement et au développement de l'HAD transmise aux Agences Régionales de Santé, rappelant que l'HAD s'inscrit pleinement dans les stratégies nationales de santé, répond aux « contraintes imposées par le **domicile devenu lieu de soins** », et doit contribuer à répondre à la demande croissante de la population d'être soignée au domicile, à l'impact du vieillissement démographique et à l'augmentation des pathologies chroniques.

De plus, la récente loi « Adaptation de la société au vieillissement » du 29 décembre 2015 donne la priorité au maintien à domicile, et établit l'anticipation de la perte d'autonomie, dont la **prévention** et l'accès aux soins sont un des 3 axes prioritaires.

La création de l'HAD a permis d'élargir l'offre de soins gériatrique à domicile.

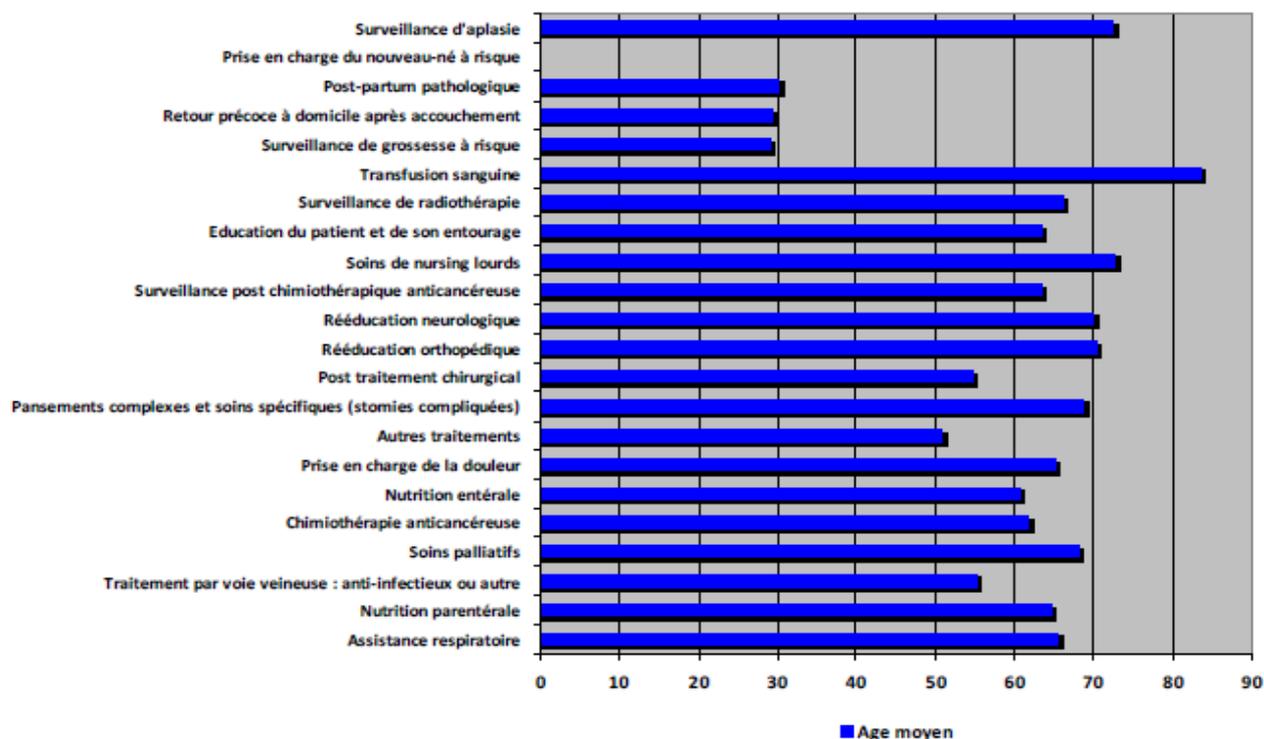
### **.1.2.1. L'hospitalisation à domicile (HAD)**

**Les structures d'HAD sont des établissements de santé** (depuis la loi hospitalière de décembre 1970 et la circulaire CNAMTS de 1974), soumis à la même réglementation que les hôpitaux avec hébergement en termes de démarche qualité, de certification et d'instances obligatoires.

L'HAD permet **d'éviter ou de raccourcir une hospitalisation avec hébergement**. Elle assure, **au domicile du malade ou sur son lieu de vie du moment** (EHPAD, Maison d'Accueil Spécialisée, Foyer d'Accueil Médicalisé, Centre de rééducation fonctionnelle...), des soins médicaux et paramédicaux, continus et coordonnés. Les soins délivrés en hospitalisation à domicile se différencient de ceux habituellement dispensés à domicile par leur complexité, leur durée et la fréquence des actes.

L'HAD est prescrite par le médecin traitant ou le médecin hospitalier pour des actes définis et ciblés. Néanmoins, elle a également pour rôle d'assurer une surveillance globale du patient et doit donc ajuster ses interventions en temps réel. Elle permet de coordonner, si besoin, l'intervention de divers professionnels de santé médicaux et paramédicaux, qu'ils soient **salariés de l'HAD ou professionnels libéraux**. Elle emploie des infirmiers, aides-soignants, médecins coordonnateurs, assistants sociaux, et parfois des psychologues, diététiciens, ergothérapeutes... Elle fait appel à des professionnels libéraux en ce qui concerne les autres interventions comme les kinésithérapeutes, ou les orthophonistes, avec lesquels elle signe une convention.

La figure suivante décrit à la fois les types de prises en charge possibles en HAD mais également l'âge moyen des patients en 2010 (Source : projet de volet HAD du Schéma Régional d'Organisation des Soins, Agence Régionale de Santé Nord Pas-de-Calais, mai 2013). De nombreuses prises en charge HAD concernent des patients âgés de 60 ans et plus.



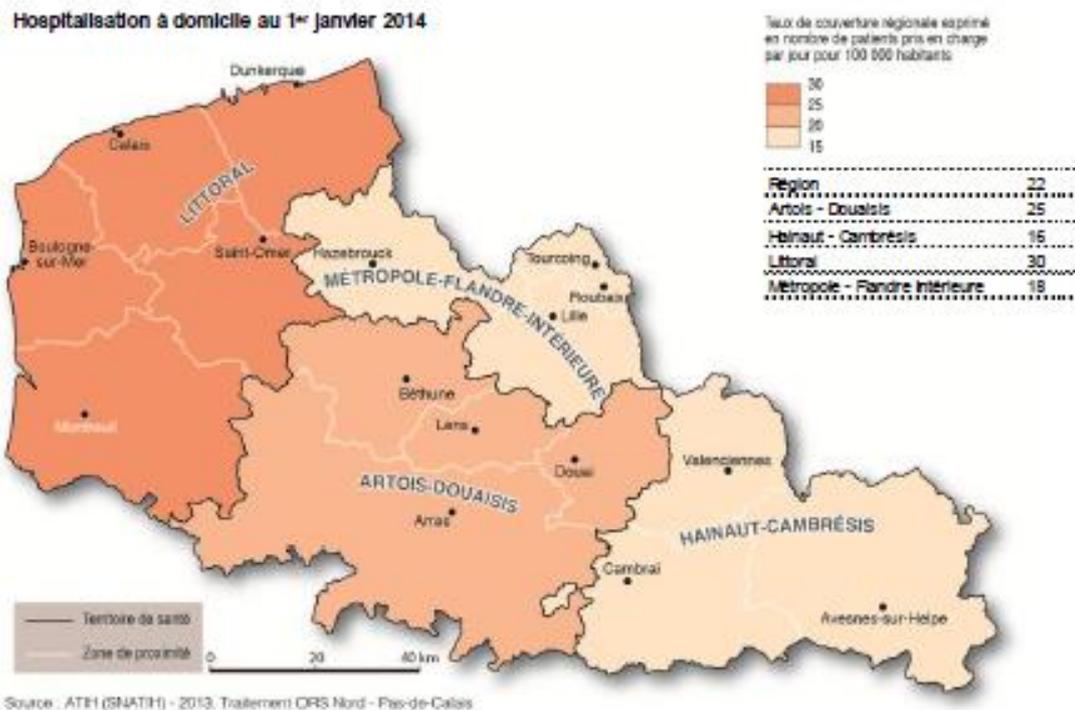
**Figure 1 : Age moyen des patients en HAD par type de prise en charge**

La circulaire n°DGOS/R4/2013/398 rappelle que l'HAD conforte les soins de premier recours, et participe à la coopération entre les différents professionnels de santé.

Le rapport RM2010 – 109P de l'Inspection Générale des Affaires Sociales (IGAS) de Novembre 2010 sur l'HAD préconise de formaliser davantage la collaboration entre l'HAD et les professionnels de santé libéraux, de renforcer la formation des intervenants libéraux et de renforcer leur formation initiale en matière de coordination médicale et paramédicale.

En 2010, 48,1% des séjours en HAD concernaient des patients âgés de plus de 60 ans, dont 2 tiers de plus de 75 ans (source : chiffres clés de la Fédération Nationale des Etablissements d'HAD (FNEHAD)).

En région Nord Pas-de-Calais, il existe 15 structures HAD. Elles prennent en charge en moyenne 22 patients par jour pour 100 000 habitants (source : chiffres clés FNEHAD 2014). Ce taux de couverture est équivalent à la moyenne française.



**Carte 1 – Cartographie de l’HAD en Nord Pas-de-Calais (source « Atlas Régional et Territorial de Santé 2015 », ARS Nord Pas-de-Calais)**

### **.1.2.2. Les orthophonistes, partenaires de la prise en charge à domicile du sujet âgé**

Depuis les débuts de la médecine gériatrique, on considère que le patient âgé nécessite une approche pluridisciplinaire. Cette approche a notamment été confortée par la mise en œuvre du « Comprehensive Geriatric Assessment » (Rubinstein LZ et al, 1989) afin que les possibilités de réhabilitation soient mieux prises en compte.

L’orthophonie, discipline paramédicale relativement récente (statut légal depuis 1964), a vu, au fil du temps, son champ de compétences se développer considérablement. De fait, l’orthophoniste est un acteur de plus en plus présent auprès des personnes âgées dans le cadre des prises en charge des démences, des maladies neurodégénératives, mais également dans la réhabilitation de la parole, de la communication, et de la déglutition dans les suites opératoires, les cancers et bien d’autres pathologies.

Le décret n°83-766 du 24 août 1983 fixant la liste des actes professionnels accomplis par les orthophonistes précise le champ d’intervention des orthophonistes, en incluant **la rééducation de la déglutition et la mise en œuvre d’actes de dépistage**. Le décret n°92-327 du 30 mars 1992 modifiant le décret n°83-766 du 24 août 1983 intègre quant à lui les **actions de prévention**. L’orthophoniste peut

proposer des actions de prévention, les organiser et y participer. Il peut participer à des actions concernant la formation continue des professionnels de santé.

Selon la définition de l'OMS de 1948, la prévention est « l'ensemble des mesures visant à éviter ou réduire le nombre ou la gravité des maladies ou accidents ». Le Schéma Régional de Prévention du Nord Pas-de-Calais pour 2012-2016, établi par l'Agence Régionale de Santé (ARS) du Nord Pas-de-Calais, cite l'importance de la formation et l'information des professionnels de santé (Projet régional de santé).

Peu formé jusqu'à présent à la diversité de l'offre de soins, l'orthophoniste libéral méconnaît la plupart du temps l'éventail des structures avec lesquelles il peut être amené à collaborer ainsi que leurs modalités de fonctionnement.

La coordination des soins à domicile est un enjeu incontestable, particulièrement auprès d'un public comme les personnes âgées, où la prise en charge est très souvent pluridisciplinaire.

Il est donc indispensable pour l'orthophoniste libéral de construire son approche thérapeutique en ayant une vision globale de la personne âgée : son environnement, ses capacités, son entourage, son projet de soins et de vie. L'intervention pluridisciplinaire doit permettre, tant à l'orthophoniste qu'aux autres intervenants de santé, d'agir ensemble, en toute cohérence, dans l'intérêt du patient.

## **.2.Le vieillissement : un processus complexe et multifactoriel**

Lorsque l'on parle de vieillissement, on parle de diminution des capacités fonctionnelles et des capacités d'adaptation de l'organisme. Nous aborderons dans cette partie les conséquences classiques du vieillissement mais également le contexte pathologique et la polymédication chez la personne âgée.

Outre les signes visibles du vieillissement comme l'impact sur la peau et les phanères, on observe de multiples effets en lien avec la déglutition, que nous développerons dans le cadre de ce mémoire.

La revue du processus de vieillissement qui suit s'appuie sur le manuel «Gériatrie » (Collège National des Enseignants de Gériatrie, 2014).

### **.2.1. Effets sur le métabolisme**

On constate chez le sujet âgé une réduction de la masse maigre et une augmentation de la masse grasse. La tolérance au glucose diminue et on observe une certaine résistance à l'insuline.

Les besoins nutritionnels restent quant à eux équivalents à ceux d'un sujet adulte jeune, et peuvent même être majorés en fonction de la prise de certains médicaments venant perturber les fonctions endocriniennes ou digestives.

### **.2.2. Effets sur le système nerveux**

On observe au cours du vieillissement une diminution du nombre de neurones corticaux, une raréfaction de la substance blanche et la diminution du taux de certains neurotransmetteurs comme l'acétylcholine. Le temps de réaction est augmentée.

L'augmentation du temps de conduction des nerfs périphériques est le témoin d'une diminution de la sensibilité proprioceptive qui favorise l'instabilité posturale.

Il y a également une réduction de la sensation de soif, signe de baisse de sensibilité des osmorécepteurs et en lien avec une modification du métabolisme de l'arginine vasopressine (hormone ayant une action anti-diurétique et impliquée dans la régulation de la pression artérielle).

L'ensemble de ces modifications participe à la vulnérabilité cérébrale des personnes âgées face aux agressions, et majore le risque de syndrome confusionnel.

### **.2.3. Effets sur l'appareil respiratoire**

On observe une réduction de la capacité ventilatoire liée à une réduction des muscles respiratoires et une diminution de la compliance thoracique et pulmonaire.

Le volume pulmonaire et thoracique est sous utilisé. Il y a une réduction de la ventilation alvéolaire, ce qui diminue la tolérance à l'effort.

Une dilatation de la trachée et une atrophie des muqueuses du système trachéo-bronchique sont également possibles.

Le nez est touché de par une diminution de la capacité de la muqueuse nasale à purifier l'air inspiré, l'augmentation des rhinorrhées obligeant à une respiration buccale qui entraîne une déshydratation de l'arbre bronchique.

Globalement, l'appareil respiratoire devient plus vulnérable.

## **.2.4. Effets sur l'appareil locomoteur**

On observe à la fois un effet osseux et musculaire du vieillissement. La densité des fibres musculaires ainsi que la masse musculaire diminuent chez le sujet âgé de même que la force. Bien que les changements physiologiques liés à ce phénomène ne soient pas bien compris, on parle de sarcopénie. Il y a changement du muscle dans sa taille et sa structure, mais également au niveau de l'implication neurologique.

Sur le plan osseux, la densité et de la résistance mécanique de l'os diminuent, ainsi que l'épaisseur des cartilages, ce qui altère leurs propriétés mécaniques. Il y a donc diminution de la mobilité et augmentation du risque de chute et de fracture.

## **.2.5. Effets sur l'appareil digestif**

On observe chez le sujet âgé une atrophie de la muqueuse gastrique, qui a pour conséquences de limiter l'absorption et l'assimilation de certaines vitamines et certains minéraux. Il y a ralentissement du péristaltisme œsophagien et intestinal, entraînant un ralentissement du transit.

## **.2.6. Conséquences sur les organes sensoriels**

L'œil peut subir des évolutions telles qu'une réduction de l'accommodation (presbytie), l'opacification du cristallin (cataracte), l'augmentation de la pression intra-oculaire (glaucome), la perte de la vision centrale (Dégénérescence Maculaire Liée à l'Age (DMLA)).

L'ouïe peut être touchée par la perte de la capacité à percevoir les aigus (presbyacousie).

Le l'odorat et le goût peuvent être diminués, avec une diminution notable des récepteurs gustatifs à la sénescence, au niveau lingual ou extralingual.

Les modifications du goût impactent la détection de l'amer et du salé, et sont plus importantes sur les saveurs complexes. Cela explique que les personnes âgées développent une appétence plus prononcée pour les saveurs sucrées. Les capacités de discrimination gustative diminuent.

La diminution de perception et de discrimination des odeurs s'accélère progressivement après 60 ans. Ces modifications du goût et de l'odorat ont des conséquences sur l'alimentation qui paraît plus insipide. La stimulation olfactive de l'appétit est plus faible, le plaisir procuré par l'acte alimentaire diminue, conduisant à une diminution progressive des apports et à une monotonie alimentaire.

## **.2.7. Conséquences cognitives**

Le vieillissement a des conséquences sur les fonctions cognitives comme l'attention (diminution de la capacité à réaliser des doubles tâches), les fonctions exécutives, la mémoire, les praxies, les gnosies et le langage.

L'acquisition d'informations nouvelles est plus difficile.

## **.2.8. Psychologie et communication**

Le vieillissement a un impact sur les capacités de communication ainsi que le fonctionnement psychique. Cet impact varie d'un individu à l'autre, et dépend également de la personnalité du sujet, de son vécu et de facteurs sociaux et environnementaux. Cependant, les sujets âgés doivent faire face à des expériences communes : changement de la vie sociale lors du passage à la retraite, transformations physiques, décès d'êtres chers comme les conjoints et sentiment de proximité de la mort. On peut ajouter pour certains les conséquences psychiques des pathologies chroniques, de la perte d'autonomie ou de l'entrée en institution.

En fonction de la façon dont la personne va s'adapter, les manifestations des souffrances psychiques et de l'anxiété seront très différentes.

D'autre part, les capacités de communication peuvent être influencées par les états psychiques, mais également par le déclin sensoriel et cognitif.

Les professionnels de santé intervenant auprès des personnes âgées doivent avoir bien conscience de ces effets pour mieux communiquer avec leur patient et mieux les comprendre.

## **.2.9. Le vieillissement et les maladies liées à l'âge**

Le vieillissement ne constitue pas une maladie en soi, mais l'augmentation de la prévalence des pathologies avec l'âge, et notamment des pathologies chroniques, est réelle car il constitue un terrain favorable. Les modifications physiologiques chez le sujet âgé induisent une diminution des capacités de l'organisme à faire face aux agressions.

Rowe JW et Khan RL en 1987 (cités par Bousquet E en 1997 et Darcourt G en 2000) ont défini plusieurs modes de vieillissement en fonction de critères cliniques :

- Le vieillissement avec pathologies et/ou handicaps, (10 à 15% des sujets âgés),
- Le vieillissement usuel avec atteinte de certaines fonctions mais sans pathologies,

- Le vieillissement réussi avec l'absence d'atteinte et l'absence de pathologies (il concernerait 12 à 33% des patients selon les études).

Les pathologies les plus fréquentes au cours du vieillissement sont les suivantes :

- L'hypertension artérielle (HTA) (plus de 75% des personnes âgées) ;
- Le diabète de type 2 (prévalence supérieure à 10% après 65 ans) ;
- Les maladies neurodégénératives (maladie d'Alzheimer, démences, maladie de Parkinson) ;
- Les complications de l'HTA (AVC, cardiopathie ischémique, insuffisance cardiaque, insuffisance rénale) ;
- La fibrillation atriale ;
- L'arthrose ;
- L'ostéoporose ;
- La dépression ;
- La cataracte et la DMLA ;
- Les cancers.

### **.2.10. La polymédication du sujet âgé**

La polymédication est définie par l'OMS comme « l'administration de nombreux médicaments de façon simultanée ou l'administration d'un nombre excessif de médicaments » (Monégat M, Sermet C, 2014). Fréquente chez le sujet âgé, elle oppose l'efficacité de la prescription aux risques iatrogènes. L'association significative entre polymédication et effets indésirables n'est plus à démontrer.

Selon le rapport de la Haute Autorité de Santé (HAS) de 2005 sur la consommation médicamenteuse du sujet âgé (Legrain S, 2005), la consommation quotidienne chez les 65 ans et plus s'élève à 3,6 médicaments différents par jour, et passe à 4 pour les 75-84 ans, et 4,6 pour les 85 ans et plus. La polymédication serait apparue dans les années 90, et serait liée à la polypathologie.

De nombreux médicaments, de par leurs effets propres ou les effets secondaires associés, peuvent entraîner des troubles de la déglutition : diminution du niveau de conscience, somnolence, suppression du contrôle de régulation du tronc cérébral, mouvements musculaires anormaux, dérèglement de la fonction salivaire, atteinte de la sensibilité de la zone buccale et oropharyngée.

Plus de 250 médicaments peuvent entraîner des modifications du goût, 400 médicaments une hyposialie (Drouard E, 2014).

La liste des classes pharmacologiques ayant un effet sur la déglutition se trouve en annexe n°1 (Desuter G, 2009 et Martel J, 2001).

### **.3. Les troubles de la déglutition chez la personne âgée**

La déglutition résulte d'un acte complexe et coordonné, faisant intervenir des commandes neurologiques sensibles et motrices, et impliquant de nombreuses structures anatomiques.

Ces mécanismes sont bien décrits et nous ne les détaillerons pas ici.

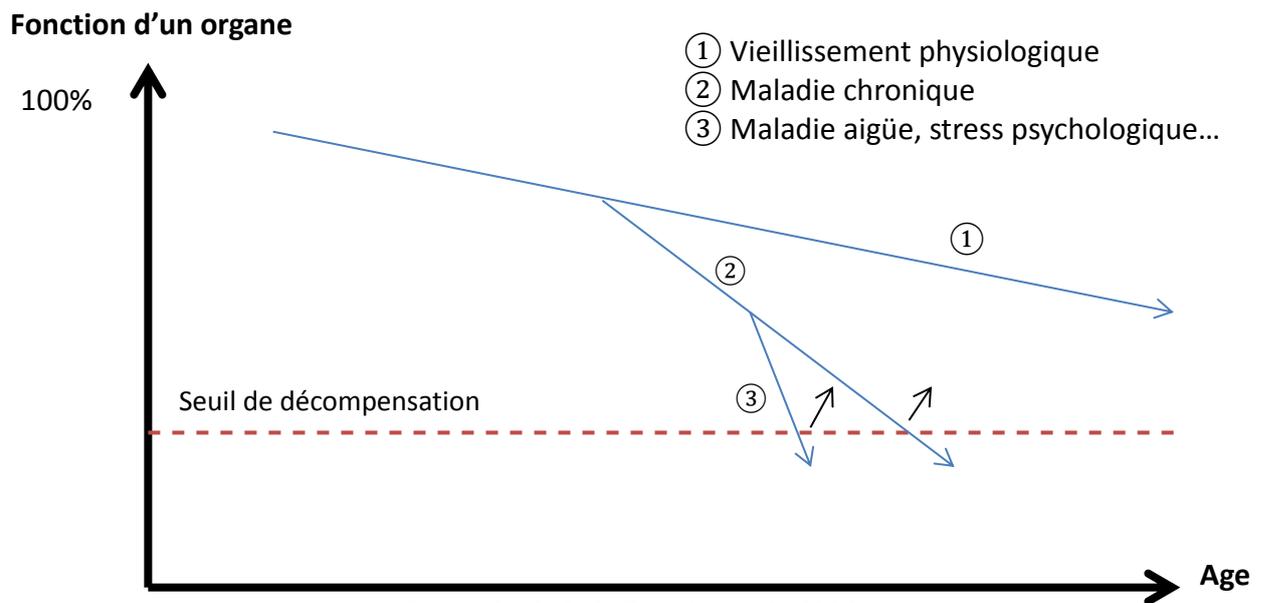
Toutefois, leur connaissance est fondamentale dans la compréhension des troubles, leur évaluation et le choix des stratégies thérapeutiques qui seront proposées au patient dysphagique.

La prévalence des troubles de la déglutition chez la personne de plus de 65 ans vivant à domicile diffère selon les études et est estimée entre 8 et 15% (Serra-Prat M et al, 2011). Les risques associés en termes de morbi mortalité en font un problème majeur de santé publique (Forster A et al, 2013).

Selon une étude de l'Institut de Recherche et Documentation En Santé (IRDES, Sermet C, 1993), 93 % des 70 ans et plus souffrent d'au moins 2 maladies et 85 % d'au moins 3 maladies. Ces pathologies ou affections interagissent entre elles et génèrent des phénomènes en cascade, qui vont augmenter la fragilité et l'incapacité à faire face à des affections aiguës.

Les troubles de la déglutition du sujet âgé sont bien souvent la résultante d'une combinaison de facteurs liés au contexte de fragilité et au risque plus élevé de décompensation fonctionnelle. Selon Letonturier D (2014), la dysphagie est « un véritable syndrome gériatrique (...) pouvant précipiter une pathologie ou décompenser une pathologie principale ». Il ajoute qu'elle est « une véritable entité faisant partie du concept de fragilité gériatrique ».

Dans un tel contexte, la survenue de troubles de la déglutition n'est donc pas rare et peut être illustrée par la figure 2. L'axe des abscisses représente l'âge, et celui des ordonnées représente le degré de fonctionnalité d'un organe.



### **.3.1. Spécificités du vieillissement sur la sphère oro-faciale (selon Revol P et al, 2008)**

#### **.3.1.1. Effets sur les muscles masticateurs**

Nous avons vu précédemment qu'il y a à la sénescence, une diminution de la force musculaire, qui a également des répercussions sur l'activité masticatoire.

Kohyama K et al (2003) ont suggéré que l'activité musculaire masticatoire mesurée par électromyographie est plus faible chez le sujet âgé. L'efficacité de broyage des aliments se trouve donc altérée, et n'est que partiellement compensée par l'augmentation du nombre de cycles masticatoires et du temps de mastication.

#### **.3.1.2. Effet sur l'articulation temporo-mandibulaire**

Le vieillissement entraîne des modifications morphologiques du condyle mandibulaire et des modifications d'innervation et de vascularisation. Il s'aplanit et perd en volume, provoquant une hyperlaxité ligamentaire et donc une instabilité de l'occlusion dentaire. Associé à la perte dentaire, il y a une moins bonne maîtrise des mouvements de l'articulation temporo-mandibulaire.

On peut observer également chez le sujet âgé une arthrose de l'articulation temporo-mandibulaire, ou plus rarement, une luxation mandibulaire antérieure récidivante, souvent liée à l'édentement complet.

### **.3.1.3. Effet sur les muqueuses buccales**

Les changements dans la distribution et le nombre décroissant de vaisseaux sanguins peuvent altérer la micro circulation de surface au niveau des muqueuses buccales. La muqueuse devient plus fragile et plus sensible aux agressions thermiques, mécaniques et infectieuses (Mérot C, 2010).

On retrouvera fréquemment chez le sujet âgé des pathologies bénignes des muqueuses, telles que des pathologies dystrophiques (ulcérations traumatiques, strométoplasie muqueuse nécrosante, langue lisse dépapillée, gingivites desquamatiques), des pathologies infectieuses (candidoses, zona, lésions kératosiques), des tumeurs buccales bénignes telles que le fibrome des prothèses chez les porteurs d'appareils dentaires mal adaptés, ou enfin des tumeurs buccales cancéreuses telles que le carcinome épidermoïde. L'atteinte des muqueuses impacte également négativement les possibilités de réhabilitation prothétique.

Ces différentes pathologies peuvent donc altérer la nutrition et la déglutition.

De plus, une infection des muqueuses buccales a pour conséquence de contaminer l'alimentation et la salive, ce qui majore les risques de pneumopathie en cas d'inhalation.

### **.3.1.4. L'édentement**

Partiel ou total, l'édentement touche de manière plus importante les plus de 60 ans. Une étude menée en région Rhône-Alpes chez des personnes âgées de 65 à 74 ans non institutionnalisées évoque une prévalence de 16% d'édentés totaux (Bourgeois D et al, 1999).

Ce phénomène est la conséquence des caries ou de parodontopathies. Une résorption osseuse suit l'édentation totale, ce processus s'étalant sur plusieurs années. L'esthétique du visage s'en trouve modifiée : affaissement des tissus péribuccaux, atrophie musculaire, invagination des lèvres, étalement de la langue moins bien contenue entre les arcades, affaissement global du niveau inférieur de la face. La personne se sent alors diminuée physiquement mais aussi psychologiquement. Cette mutilation induit une perte d'estime de soi. Le rôle de la bouche dans la communication et la découverte du monde et du plaisir depuis les premiers jours de vie est alors désavoué. Cet aspect psychologique joue un rôle dans l'approche des repas chez l'édenté total (Mérot C, 2010).

L'édentement altère bien évidemment aussi la capacité masticatoire. Selon Ship JA et al (Ship JA et al, 1996), les sujets porteurs de dentiers amovibles ont une

efficacité masticatoire réduite de 30 à 75% par rapport aux sujets ayant une dentition intacte.

L'édentement impacte ainsi la déglutition : la préparation et la formation du bol alimentaire est plus longue et moins efficace, la taille des morceaux est plus grande, le contrôle, le déplacement et la propulsion du bol sont moins aisés.

### **.3.1.5. Effets sur les glandes salivaires**

L'hyposialie est l'atteinte majeure retrouvée chez le sujet âgé, et impacte directement les capacités de préparation du bol alimentaire, la mastication, et la déglutition.

#### **.3.1.5.1. Rôle de la salive**

La salive interagit avec la perception des saveurs et contribue à la gustation par 3 types d'actions : comme solvant des aliments, comme transporteur des molécules sapides, et à travers sa composition, elle participe à la digestion.

Par son rôle d'hydratation, elle prévient le dessèchement des muqueuses. Elle a également une fonction de nettoyage, une action anti bactérienne et de maintien de l'équilibre de la flore buccale, et participe à la cohésion du bol alimentaire.

Chez les personnes porteuses de prothèses dentaires, elle joue le rôle d'un film à effet ventouse qui garde en place la prothèse et permet un confort.

#### **.3.1.5.2. L'hyposialie**

La sécheresse buccale est une plainte fréquente chez le sujet âgé, fait confirmé par des études fonctionnelles qui montrent la diminution de la production salivaire. Des études ont suggéré également qu'il ne s'agissait pas d'une manifestation liée au vieillissement mais plutôt la conséquence de la prise de certains traitements médicamenteux, de la radiothérapie, ou de certaines maladies affectant la fonctionnalité des glandes salivaires telles que la maladie d'Alzheimer, le diabète, la maladie de Parkinson.

80% des hyposialies retrouvées chez le sujet âgé sont d'origine iatrogène. Ce phénomène entraîne sur le long terme une altération des muqueuses buccales, et favorise l'apparition de caries. Il a également un impact sur la perception gustative.

On peut objectiver l'hyposialie par l'observation d'un certain nombre de signes : difficultés à parler, alimentation difficile, besoin de boire souvent ou de sucer des bonbons, sensation de sécheresse buccale et labiale, muqueuses rouges et

vernissées, port de prothèse douloureux, matériaux collant aux muqueuses, manque de cohésion du bol alimentaire.

### **.3.2. Principaux mécanismes de dysfonctionnement de la déglutition chez le sujet âgé**

Nous avons abordé dans les paragraphes précédents les effets du vieillissement ainsi que le contexte potentiellement pathologique et de polymédication du sujet âgé, qui constituent un ensemble de conditions à risques de développer des troubles de la déglutition.

Le tableau II suivant, d'après Finiels H et al (2001), passe en revue les altérations de la déglutition retrouvées au cours du vieillissement chez le sujet en bonne santé.

<p><b>PHASE ORALE</b>            Diminution de l'efficacité de la mastication, de la mobilité linguale et de l'occlusion labiale            Altération de la force linguale et de la force de succion            Augmentation du seuil de discrimination sensitive            Modifications praxiques (habiletés linguales, déglutitions multiples)</p>
<p><b>PHASE PHARYNGEE</b>            Augmentation de la latence du réflexe de déglutition            Diminution de l'amplitude et de la vitesse du péristaltisme            Retard d'élévation de l'os hyoïde            Retard d'ouverture du SSO mais débit conservé            Augmentation du seuil de discrimination sensitive, modifications histologiques du nerf laryngé supérieur</p>
<p><b>EFFICIENCE GLOBALE</b>            Augmentation de la durée (surtout phase orale)            Diminution des volumes des bolus déglutis            Diminution du débit de la déglutition (en ml/min)            Diminution des clairances orale et pharyngée            Modification de la coordination de la respiration            Altération du réflexe de toux            Fausses routes</p>

**Tableau II – Modifications physiologiques de la déglutition au cours du vieillissement**

En fonction des pathologies présentes et/ou de la prise médicamenteuse, la déglutition sera affectée selon différents aspects pouvant impacter toutes ses composantes : les différentes phases orale, pharyngée et œsophagienne, ainsi que les aspects moteurs et sensitifs.

On peut ainsi observer des fausses routes avant la déglutition (absence ou retard du réflexe de déglutition), pendant la déglutition (protection inefficace du larynx) et après la déglutition (débordement des stases pharyngées dû à une absence de relaxation du sphincter supérieur de l'œsophage ou de déficit de péristaltisme pharyngé) (Puisieux F et al, 2009).

### .3.3. Principales pathologies pouvant altérer la déglutition chez le sujet âgé (d'après Finiels H et al, 2001)

Un grand nombre de pathologies pouvant modifier la déglutition ont une prévalence importante chez la personne âgée.

<b>Principales pathologies pouvant altérer la déglutition chez le sujet âgé (les affections en gras sont celles citées dans les paragraphes précédents comme pathologies fréquentes du sujet âgé)</b>
<p><u>Affections neurologiques</u> <b>Pathologie vasculaire cérébrale</b> <b>Maladie de parkinson et affections dégénératives apparentées</b> <b>Maladie d'Alzheimer</b> Tumeurs du système nerveux central <b>Sclérose latérale amyotrophique</b> <b>Sclérose en plaques</b> Chorée de Huntington, ataxie héréditaire progressive Syndrome de Guillain Barré</p>
<p><u>Affections musculaires</u> Myasthénies Myopathies Polymyosites</p>
<p><u>Affections de la sphère ORL</u> <b>Tumeurs de la cavité buccale</b>, du pharynx, du larynx, de l'œsophage Compressions extrinsèques (thyroïde, adénopathies...) Ostéophytes cervicaux compressifs Diverticule de Zenker <b>Candidose oro pharyngée</b></p>
<p><u>Pathologies iatrogènes</u> Suites de gestes chirurgicaux divers (chirurgie thyroïdienne, chirurgie des cancers des voies aérodigestives, lésions œsophagiennes, interventions sur le rachis cervical par voie antérieure, pontages coronariens, intervention sur la fosse postérieure et la base du cerveau...) <b>Radiothérapie cervicale</b> Présence de matériel endoluminal au niveau du carrefour pharyngolaryngé (sonde d'intubation trachéale, sonde naso gastrique) <b>Médicaments</b></p>
<p><u>Divers</u> <b>Diabète</b> Sarcoïdose Dysthyroïdie Amylose <b>Déshydratation, dénutrition</b> Affections psychiatriques, phobie de la déglutition Fins de vie</p>

**Tableau III - Principales pathologies pouvant altérer la déglutition chez le sujet âgé (issu de Finiels H et al, 2001)**

Dans le paragraphe consacré à l'HAD (partie Contexte théorique, paragraphe 1.2.1), on observe que de nombreuses prises en charge en HAD concernent des pathologies ou des conditions à risques d'altérer la déglutition chez le sujet âgé

(rééducation neurologique, soins palliatifs, surveillance de radiothérapie, assistance respiratoire, post traitement chirurgical...).

### **.3.4. Conséquences des troubles de la déglutition chez le sujet âgé**

Les troubles de la déglutition ont des conséquences importantes en termes de morbi mortalité et de qualité de vie, de degré variable en fonction de la sévérité des troubles et de l'existence ou non de réponses qui leur sont apportés. Ces conséquences impactent différents aspects de la vie de la personne âgée qui en souffre.

#### **.3.4.1. Complications liées aux troubles de la déglutition**

Les complications les plus fréquemment observées chez le sujet âgé dysphagique sont les troubles de l'hydratation et de la nutrition, les accidents d'asphyxie liés aux blocages alimentaires, ainsi que les infections respiratoires au premier rang desquelles la pneumopathie d'inhalation, voire le décès.

La survenue d'une pneumopathie d'inhalation est majorée par un certain nombre de facteurs de risques. Les facteurs suivants sont à retenir notamment pour l'évaluation et la prise en charge fonctionnelle des troubles de la déglutition :

- Troubles de la conscience ;
- Troubles cognitifs ;
- Affections périodontales, nombre de dents manquantes ;
- Maladies respiratoires chroniques ;
- Diminution du réflexe de toux ;
- Tabagisme ;
- Dépendance d'un tiers pour l'alimentation (importance de maintenir le schème moteur de porter l'alimentation à la bouche) ;
- Nombre de médicaments consommés, prise de médicaments anti acides ou toute autre classe médicamenteuse impactant la déglutition ;
- Trachéotomie ;
- Altération de l'état général ;
- Dénutrition.

### **.3.4.2. Conséquences psychosociales**

L'acte de se nourrir est un élément récurrent majeur tout au long de la vie. Il ponctue et rythme les journées de manière d'autant plus importante chez les personnes n'ayant plus d'activité professionnelle.

La nourriture est également, depuis les tous premiers instants de vie, source de plaisir. L'oralité alimentaire participe à la découverte du monde et au développement sensoriel, affectif et psychomoteur du nourrisson. Ainsi, l'alimentation est inscrite bien entendue comme indispensable à la survie, mais également comme vecteur de lien.

Pour l'entourage d'une personne âgée, le fait de manger est signe d'une relative bonne santé. La voir s'alimenter avec difficultés génère une forme d'anxiété et des tensions autour des repas, dont la peur de se trouver face à une situation d'étouffement potentiellement grave voire létale, de voir la personne se dégrader physiquement, maigrir, s'affaiblir. Pour tous, mais particulièrement chez la personne âgée, l'alimentation est considérée comme un facteur de préservation de la santé.

Manger est également un acte social, qui se fait bien souvent accompagné. En famille, entre amis ou en public, il est un facteur de socialisation important dans la culture française. Se retrouver autour d'un repas est ancré dans nos habitudes de vie, tout autant que d'apprécier la cuisine et de prendre du plaisir à la partager ensemble. Cette notion de partage crée et renforce le sentiment d'appartenance au groupe familial, au cercle amical.

Les repas sont des temps forts de communication : chacun raconte sa journée, échange sur l'actualité, parle de ses projets ou activités passées ou à venir. Lorsqu'ils deviennent problématiques, un repli s'installe : la personne présentant des troubles refusera de manger en public, évitera les repas de famille au cours desquels pourraient se cristalliser des difficultés qui la dévaloriserait aux yeux de ses proches. Raclements de gorge, toux, étouffements, larmoiements, la personne âgée peut également être en situation de devoir recracher les aliments, prendre son repas lentement ou l'interrompre, procéder à une sélection alimentaire.

La qualité de vie au sens large est donc fortement altérée (Tastet S et al, 2005).

### **.3.5. Du repérage des troubles à la prise en charge... (d'après Woisard V et al, 2011)**

Si la plainte du sujet doit conduire à un questionnement systématique du patient voire de son entourage, il est essentiel également de connaître les signes d'alerte,

dont certains, moins évocateurs que d'autres, peuvent être mal interprétés : une gêne pour avaler, un bavage, un reflux nasal, des fausses routes évidentes fréquentes, une toux lors des repas ou après la prise alimentaire, une modification de la voix pendant ou après la prise alimentaire, un état fébrile sans cause identifiée, une perte de poids, des signes de dénutrition ou de déshydratation, une fatigue ou une altération de l'état général, l'apparition de complications respiratoires, une sélectivité alimentaire inhabituelle, un allongement du temps de repas, un dégoût pour la nourriture, le refus de s'alimenter en public...

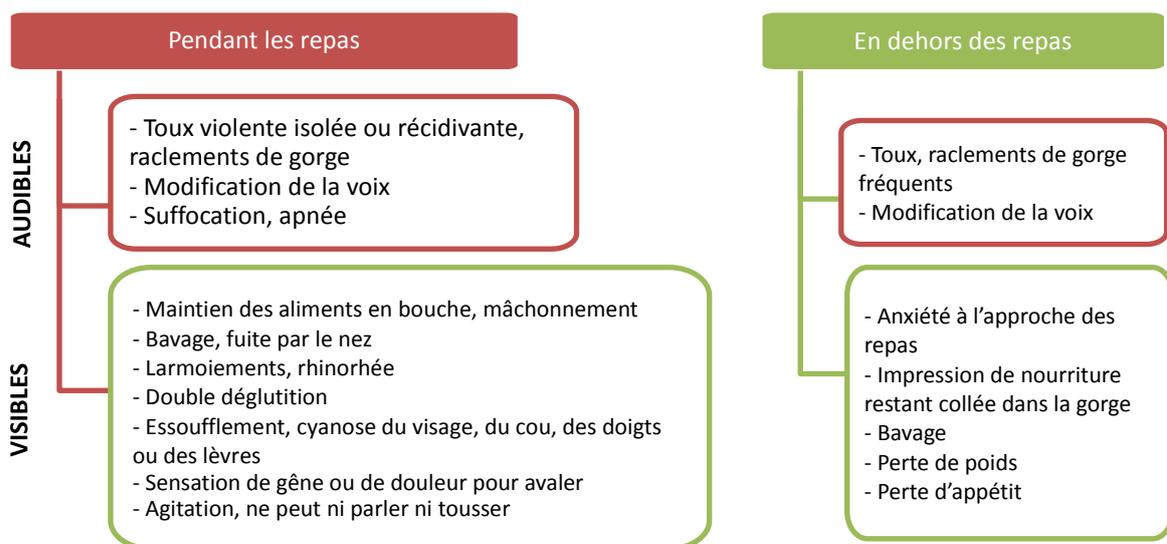
Ces signes doivent alerter les professionnels gravitant autour de la personne âgée afin de pouvoir déclencher une démarche d'investigation clinique par un orthophoniste, voire la prescription d'un examen fonctionnel de la déglutition si le médecin l'estime nécessaire et utile au diagnostic et à la prise en charge thérapeutique.

### .3.5.1. Signes d'alerte et critères de surveillance

Selon Woisard V, les critères les plus fiables de dépistage des fausses routes sont les suivants :

- Voix mouillée après la déglutition,
- Toux, raclement de gorge, ou hémage pendant la déglutition,
- Toux anormale après déglutition.

D'autres signes doivent néanmoins faire l'objet d'attention et alerter les soignants (De Gieter M, 2013) :



De même, certains paramètres doivent faire l'objet d'une surveillance :

- ✓ Déshydratation,

- ✓ Perte de poids,
- ✓ Pics fébriles à 37°8-38°,
- ✓ Encombrement fréquent,
- ✓ Difficultés à prendre les médicaments,
- ✓ Refus alimentaire,
- ✓ Changement dans le comportement / agressivité ou anxiété à l'égard des questions alimentaires, repli, dépression.

### **.3.5.2. Outils de dépistage des troubles de la déglutition à destination des soignants**

De nombreux tests à destination des soignants, dont l'efficacité prédictive des troubles de la déglutition varie, sont documentés dans la littérature médicale.

Selon Woisard V (2011), les tests alimentaires sont les plus utilisés dans le dépistage des troubles, mais sont bien souvent validés dans une population en particulier et posent la question de leur sensibilité et de leur spécificité. La comparaison des différents outils de dépistage des troubles de la déglutition pourrait faire l'objet d'un travail d'analyse et de recherche à part entière, tant la littérature scientifique à ce sujet est vaste. Nous avons donc sélectionné 2 outils utilisant des modalités différentes (un outil d'auto évaluation par questionnaire et un outil d'évaluation fonctionnelle avec mise en situation de déglutition), dans l'idée qu'ils seraient parmi les plus simples à utiliser au domicile des patients âgés.

Si la plupart des tests de dépistage se basent sur la toux ou la modification de la voix comme indicateurs principaux d'un trouble de la déglutition (Horiguchi S, Suzuki Y, 2011), aucun ne permet de détecter les fausses routes silencieuses. Il convient donc de les employer avec précautions, par du personnel formé.

#### **.3.5.2.1. Echelle EAT-10 (Belafsky PC et al, 2008)**

L'échelle EAT-10 (cf. annexe n°2) est un questionnaire autoadministré à faire remplir par le patient.

Comportant 10 items, il est validé pour documenter la sévérité de la dysphagie et suivre l'évolution des troubles dans le temps (Forster A et al, 2013). Sa sensibilité et sa spécificité ont été étudiées et décrites (Cheney DM et al, 2015).

Un score supérieur à 3 signe une anomalie de la déglutition, et invite le professionnel de santé à alerter le médecin afin de mettre en œuvre une évaluation clinique et une prise en charge thérapeutique si nécessaire.

### **.3.5.2.2. Test de Capacité Fonctionnelle de la Déglutition TCFD (Guatterie M et al, 1999)**

Le TCFD consiste à faire déglutir des volumes croissants de liquide, puis de solides. L'objectif de la mise au point de ce test était de proposer un outil « simple et facile à mettre en œuvre », permettant à « n'importe quel soignant d'adapter la texture de l'aliment, le volume de chaque prise, de préconiser la meilleure posture possible, ou de stopper toute prise orale » (Guatterie M et al, 2003). Il ne permet toutefois pas de caractériser le trouble, ni de situer les déficits ou de caractériser le type de dysphagie. Les différentes étapes du test sont décrites en annexe n°3.

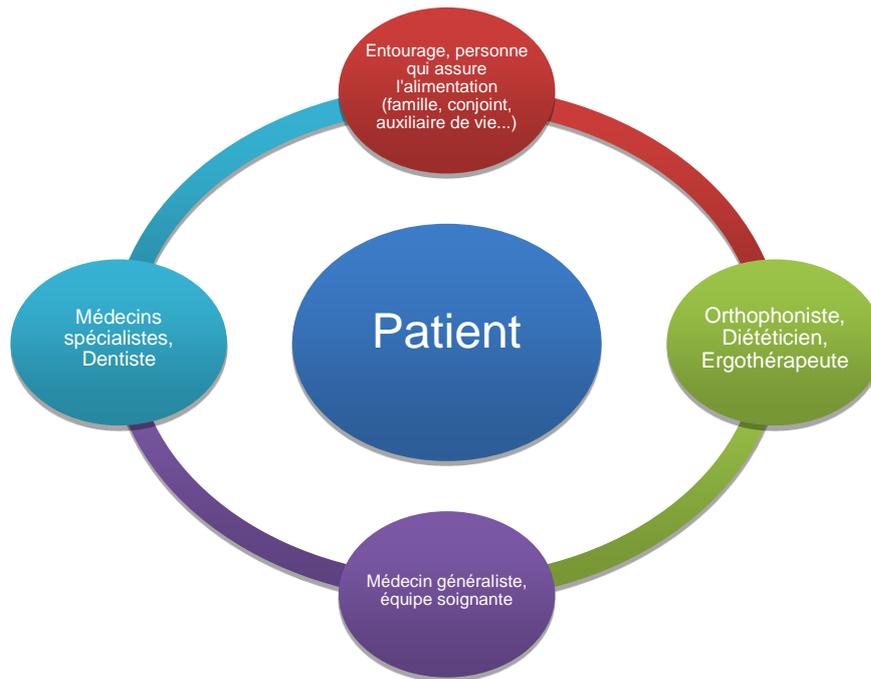
Les volumes étant croissants, ce test évite les fausses routes à volumes importants, ce qui le rend intéressant pour un dépistage à domicile, alors que le soignant est seul face au patient, et ne dispose que de peu de matériel.

Il a été repris par le Groupe SFAP/SFGG Soins palliatifs et gériatrie (2007) qui propose aux soignants une fiche pratique « *Troubles de la déglutition de la personne âgée en situation palliative. Aide à la prise en charge.* ».

### **.3.5.3. Une approche pluridisciplinaire**

Une fois le trouble détecté, il est nécessaire d'en trouver la cause et d'en évaluer la tolérance afin de décider des éventuelles stratégies d'adaptations à mettre en œuvre, tant pour assurer l'alimentation en toute sécurité que pour préserver la qualité de vie (Tastet S et al, 2005).

La prise en charge des troubles de la déglutition de la personne âgée fait intervenir de nombreux acteurs et doit être pluridisciplinaire pour être la plus efficace et la plus adéquate.



**Figure 3 : la prise en charge pluridisciplinaire des troubles de la déglutition**

L'ensemble des intervenants autour du patient aura un rôle à jouer dans la démarche d'information et de formation du patient et de son entourage (famille, conjoint, personnes impliquées dans l'alimentation comme les auxiliaires de vie ou autres aidants naturels), dans la mise en œuvre directe des mesures thérapeutiques, ou dans l'observance au quotidien des mesures prescrites.

La prise en charge fonctionnelle pourra consister en divers leviers :

- La mise en place de stratégies d'adaptations environnementales, posturales et diététiques ;
- La mise en place d'une rééducation fonctionnelle visant à retrouver une déglutition la plus proche possible de la déglutition physiologique, en fonction du contexte anatomique et pathologique (prise en charge orthophonique).

L'adaptation de l'environnement pourra consister en la réhabilitation dentaire (intervention du dentiste), les soins de bouche (aides-soignants, aidants), un environnement calme pendant les repas, l'utilisation d'ustensiles adaptés (expertise de l'ergothérapeute) afin de pallier les difficultés de nature pratiques (couverts adaptés pour une bonne préhension et des quantités adaptées par bouchées, assiette à rebords, verre à découpe nasale, utilisation de dispositifs anti dérapants pour que l'assiette ne glisse pas...).

Concernant la position, il s'agit à la fois de veiller à ce que les repas puissent être pris en position assise dans la mesure où les capacités du sujet le permettent, à table, le dos bien droit, mais également d'apprendre au patient les positions de sécurité qui seraient pertinentes à mettre en place afin de lui permettre de continuer à s'alimenter en toute sécurité (tête en position antéfléchie, inclinaison latérale, rotation). Il peut s'agir également dans certains cas d'amener le patient à modifier son comportement alimentaire et à intégrer des manœuvres de déglutition sécuritaires proposées par l'orthophoniste (déglutition sus glottique, déglutition super sus glottique, déglutition d'effort, déglutition de Mendelsohn, manœuvres de vidanges).

Les mesures diététiques, conseillées par le diététicien en collaboration avec le médecin et l'orthophoniste, consisteront à définir les textures les plus adaptées à la personne en fonction de la nature du dysfonctionnement, tout en maintenant l'équilibre nutritionnel et des apports suffisants et adéquats.

Ces mesures diététiques doivent faire l'objet d'une évaluation fine car il arrive que, par principe de précaution, des décisions radicales de transformer l'alimentation en « tout mixé » soient injustifiées et impactent négativement la qualité de vie du patient (Groher M et al, 1995 cité par Sura L et al, 2012). De plus, pour être efficaces, elles nécessitent l'adhésion et l'implication du patient et de son entourage (personne responsable des courses, de la préparation des repas...).

Quant à la rééducation fonctionnelle, réalisée par l'orthophoniste, elle s'appuie sur les principes de plasticité cérébrale et de renforcement musculaire dont le but est d'agir sur les composantes physiologiques de la déglutition.

## **.4. Buts**

Comme décrit précédemment, les troubles de la déglutition sont fréquents chez la personne âgée, leur diagnostic est difficile et lorsqu'il est posé, bien souvent tardif (Allepaerts S et al, 2008).

Ce travail a pour objectif de toucher les soignants qui sont **au contact quotidien des personnes âgées** prises en charge en HAD, à savoir les infirmiers et les aides-soignants. De par leur intervention sur le lieu de vie, ils créent souvent avec le patient et son entourage un lien privilégié. Ils observent et connaissent l'environnement dans lequel le patient évolue. Ils sont aux premières loges pour détecter les signes d'alerte des troubles de la déglutition, interroger le patient et sa

famille et les informer des risques et des mesures de sécurité, prodiguer des conseils réguliers, suivre l'évolution des troubles ainsi que la bonne mise en œuvre des adaptations préconisées.

Les objectifs de ce travail sont de :

- Réaliser un état des lieux des connaissances et des pratiques des soignants en HAD concernant le dépistage et la prise en charge des troubles de la déglutition des patients âgés,
- Les sensibiliser sur l'impact des troubles de la déglutition chez la personne âgée, et le rôle essentiel qu'ils ont à jouer en matière de repérage des signes, de déclenchement de l'évaluation et de la prise en charge thérapeutique, de suivi des adaptations préconisées,
- Mettre à jour ou renforcer leurs connaissances concernant les conditions à risques de développer un trouble de la déglutition, les adaptations possibles,
- Les informer de l'importance de la prise en charge pluridisciplinaire, du rôle de chacun des intervenants, et plus particulièrement de l'orthophoniste libéral, afin de renforcer et d'améliorer la collaboration entre professionnels sur la thématique des troubles de la déglutition chez la personne âgée à domicile.

# Sujets, matériel et méthode

## **.1.Population de l'étude et démarche de recrutement**

Nous avons souhaité donner à ce projet une dimension régionale. Nous avons donc sélectionné l'ensemble des structures HAD de la région Nord Pas-de-Calais afin de toucher un maximum de soignants infirmiers et aides-soignants.

Les établissements d'HAD couvrent des territoires géographiques définis, pour un nombre de places défini par l'Agence Régionale de Santé du Nord Pas-de-Calais (765 places au total sur la région). L'idée de mener ce projet à une échelle régionale était de pouvoir inclure tout type de structures :

- Des structures opérant en zone rurale ou en zone urbaine,
- Des structures ayant des partenariats étroits avec des centres hospitaliers ou non (5 HAD en Nord Pas-de-Calais sont rattachées à des centres hospitaliers, les autres étant des établissements de santé autonomes),
- Des structures couvrant des zones géographiques plus ou moins larges, avec une densité de population plus ou moins élevée,
- Des structures offrant un nombre de places d'HAD plus ou moins important...

Bien que ces critères ne soient pas des critères d'analyse retenus dans le cadre de notre projet, il nous semblait essentiel de pouvoir intégrer un ensemble de structures différentes car leur fonctionnement est forcément affecté par les critères pré cités, notamment sur les points suivants :

- Le nombre et le profil des soignants (certaines structures emploient des diététiciennes par exemple, d'autres non),
- La politique et le budget alloué à la formation des personnels,
- La mise en œuvre de projets médicaux spécifiques à certaines pathologies,
- La spécialisation ou non dans certaines populations de patients,
- Les distances à couvrir dans la journée par le personnel soignant et le temps alloué par les professionnels à chaque patient.

L'Agence Régionale de Santé du Nord Pas de Calais a publié en 2013 un annuaire des structures HAD existant dans la région :

HAD	territoire d'intervention de l'autorisation	porteur	statut du porteur	adresse	nombre de places autorisées	date autorisation
<b>ARTOIS</b>					<b>175</b>	
HAD des pays de l'Artois et du Ternois	ZP Arras	association santelys	associatif	Béthune et Arras	40	2004 (transfert d'autorisation de l'ADMR à santelys en 2011)
HAD du Béthunois	ZP Béthune	association d'HAD du secteur sanitaire de Béthune	associatif	Bruay	40	2001 (augmentation capacité en 2004)
HAD Lens	ZP Lens	association santé services	associatif	Lens	55	1993 renouvelée en 2004
HAD du Douaisis	ZP Douai	mutualité française	mutualité	Douai	40	2004
<b>METROPOLE</b>					<b>300</b>	
HAD synergie métropole lilloise	ZP Lille et VNE	GCS : GHICL, CH la Bassée et centre l'espoir	hospitalier ESPIC	Lomme	60	2007
HAD de Flandre intérieure	ZP de Flandre intérieure	CH Hazebrouck	hospitalier public	Hazebrouck	30	2004
HAD Santelys	ZP Lille et VNE	association santelys	associatif	Loos	120	2003 (extension capacité de 60 à 120 en 2004)
HAD ANAIS	ZP Lille et VNE	Association Santelys	associatif	Roubaix	30	Transfert d'autorisation d'HPM à Santelys en juin 2012
Hopidom	ZP Lille et VNE	CHRU	hospitalier public	Lille	60	2007
<b>LITTORAL</b>					<b>180</b>	
HAD Calais/St Omer	ZP Calais / St Omer	groupement des mutuelles	mutuelle	Calais	60	2004
HAD Flandre maritime	ZP Dunkerque	mutualité française	mutualité	Dunkerque	45	2005
HAD du Littoral	ZP Boulogne/Berck	association	associatif	Berck	75	renouvelé en 2011
<b>HAINAUT</b>					<b>110</b>	
HAD Val de Sambre	ZP Sambre Avesnois	polyclinique Val de Sambre	hospitalier privé	Maubeuge	30	2005
HAD du Hainaut	ZP Valenciennes	AHNAC	hospitalier ESPIC	Valenciennes	40	2005
HAD du Cambrasis	ZP Cambrai	mutualité française	mutualité	Cambrai	40	2004
<b>TOTAL REGION</b>	<b>15 implantations</b>	<b>11 gestionnaires</b>	<b>6 statuts</b>		<b>765</b>	

Tableau IV : Liste des établissements d'HAD en Nord Pas-de-Calais

*NB : Sur le Tableau IV ne figure pas le territoire d'intervention de Fruges, rattaché à l'HAD du Littoral (ZP Boulogne/Berck).*

Toutes les structures ont été contactées par mail et/ou par téléphone en ciblant la direction des soins, le médecin coordonnateur ou le cadre de santé.

Afin d'évaluer leur intérêt pour la thématique des troubles de la déglutition chez la personne âgée et d'obtenir leur adhésion au projet, nous leur avons proposé une rencontre pour leur présenter le projet de vive voix. Un document synthétique de présentation du projet leur a été systématiquement remis (cf. annexe n°4).

## **.2.Méthodologie**

### **.2.1. Etats des lieux des connaissances et des pratiques**

Afin d'être pertinent dans l'information délivrée aux professionnels de soins de l'HAD, il était nécessaire d'établir au préalable un état des lieux des connaissances et des pratiques en matière de repérage et prise en charge des troubles de la déglutition de la personne âgée en HAD.

Cet état des lieux avait pour objectif de mieux cerner les habitudes des soignants, d'évaluer leurs connaissances, et de définir les messages clés à intégrer dans la démarche de prévention. La méthode la plus efficace pour obtenir des réponses a été de proposer aux soignants de remplir un questionnaire court, après rapide présentation orale du projet, lors de leur réunion de transmission quotidienne. Les questionnaires ont été remplis par les soignants de manière spontanée et anonyme, et recueillis au sein même des structures participantes.

Nous avons souhaité également pouvoir apporter une valeur ajoutée aux structures participantes en leur proposant une synthèse personnalisée des réponses aux questionnaires de leur personnel. Cela a permis au cadre de santé d'avoir une idée des pratiques au sein de sa propre équipe et d'éventuellement dégager des axes de travail.

## **.2.2. Action de prévention : sessions d'information sur le dépistage, la prise en charge pluridisciplinaire des troubles de la déglutition du patient âgé auprès des professionnels de soins en HAD et le rôle de l'orthophoniste**

Suite à l'état des lieux réalisé, des sessions d'information sur le dépistage et la prise en charge des troubles de la déglutition chez la personne âgée en HAD ont été organisées au sein de chacune des structures.

Le support d'information a été créé à partir des éléments dégagés de l'analyse de l'ensemble des questionnaires recueillis auprès des professionnels.

Le format, ainsi que la durée des sessions d'information auprès des soignants, ont été définis en accord avec les contraintes des structures HAD exprimées par les cadres de santé des structures participantes (format d'1h à 1h30, sessions organisées en fin du service de l'équipe du matin et en début du service de l'équipe de l'après-midi pour toucher le maximum de soignants possible mais ne pas les mobiliser trop longtemps hors des soins, remise de supports pratiques à utiliser au quotidien).

La nécessité d'évaluer l'impact de ces sessions d'information était évidente sur le plan méthodologique (Gérard FM, 2003) afin d'évaluer l'intérêt suscité par cette action auprès des professionnels touchés, et l'impact éventuel sur leur pratique future. L'évaluation s'est basée sur le déclaratif des professionnels. L'évaluation de l'impact au niveau du comportement de prévention et de soins des professionnels nécessiterait la mise en place d'une étude à plus long terme.

Cette évaluation a donc été réalisée « à chaud », en fin de session, par le biais d'un questionnaire de satisfaction autoadministré (cf. annexe n°10).

### .2.3. Schéma récapitulatif du déroulement opérationnel du projet

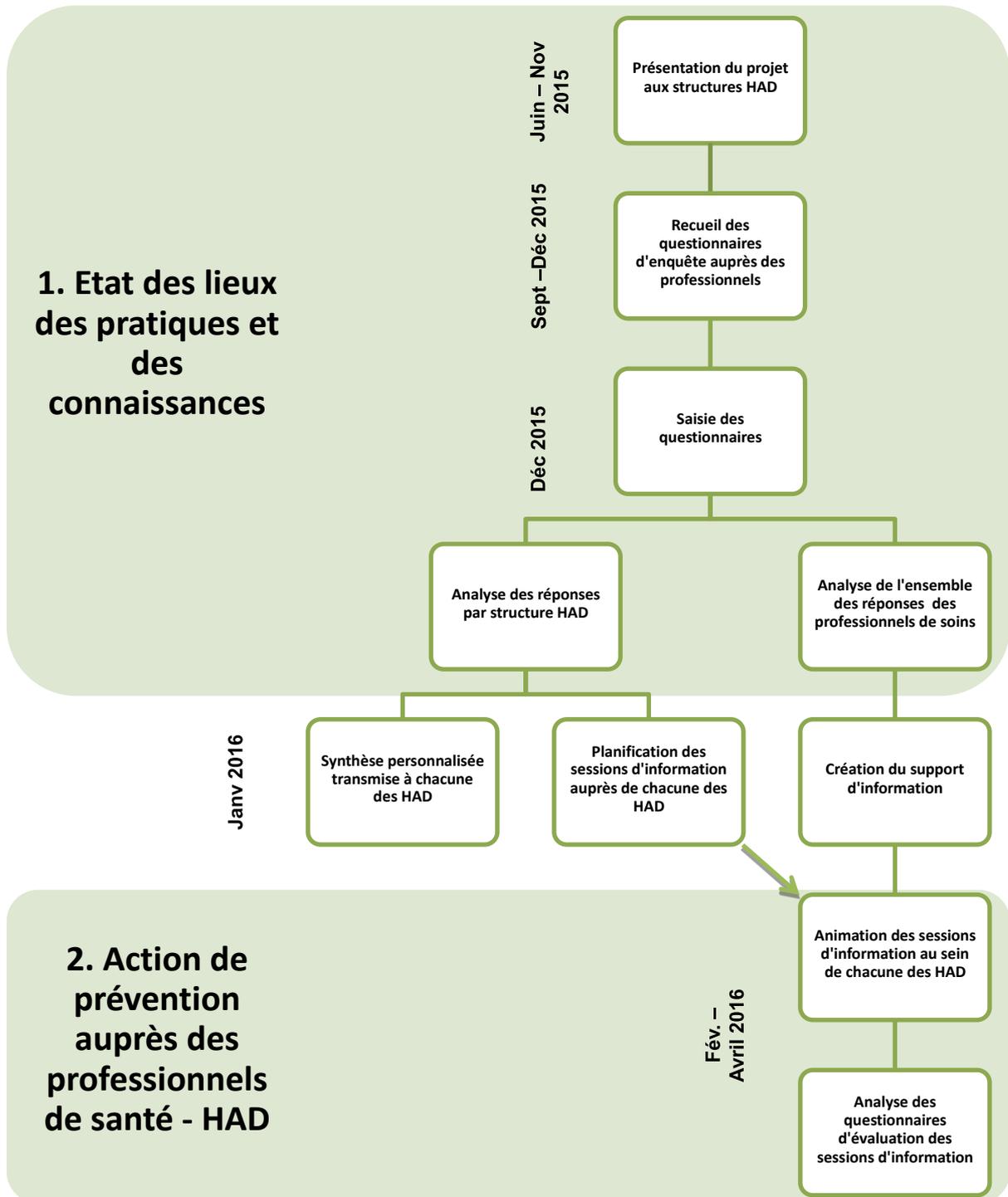


Figure 4 : récapitulatif des étapes du projet

Le calendrier détaillé du projet figure en annexe n°7.

## **.3. Matériels**

### **.3.1. Questionnaire d'enquête auprès des professionnels de soins en HAD (cf. annexe n°5)**

L'état des lieux des connaissances et des pratiques des professionnels en matière de dépistage et prise en charge des troubles de la déglutition chez le sujet âgé a porté sur 3 catégories d'informations :

- L'attitude des professionnels face à une plainte d'un patient en matière de déglutition,
- Leur perception de la prise en charge des troubles de la déglutition et les pratiques en vigueur au sein de leur structure,
- Leurs connaissances sur les risques liés aux troubles de la déglutition, les signes à repérer et les contextes pathologiques favorisant la survenue d'un trouble de la déglutition chez le patient âgé.

Volontairement, le questionnaire a été limité à un format court (1 page A4 recto verso, 15 questions), simple à remplir (cases à cocher pour la plupart des questions), et construit en entonnoir pour tenir compte du contexte dans lequel il était rempli par les professionnels.

Le questionnaire commençait donc par des questions sur leurs pratiques afin de commencer par un sujet en lien avec leur quotidien, pour ensuite aborder la prise en charge, et terminer par leurs connaissances théoriques.

Le métier des répondants a été recueilli afin d'intégrer ce critère dans l'analyse.

### **.3.2. Supports d'information**

Au regard des objectifs du projet, les messages clés suivants ont constitué le fondement du support d'information :

- L'importance et la nature du rôle des infirmiers et aides-soignants d'HAD dans le dépistage et le repérage des signes de troubles de la déglutition chez le patient âgé, mais également dans le conseil aux patients et à leur entourage, ainsi que dans le suivi de la mise en œuvre des adaptations,
- La prise en charge pluridisciplinaire et le rôle de chacun des intervenants, et notamment de l'orthophoniste,
- L'importance de déclencher une évaluation, notamment orthophonique, en cas de suspicion d'un trouble de déglutition afin de proposer des adaptations optimales.

Etant donné le format court des sessions d'information et le fait que les interventions avaient lieu en fin ou en début de service, il était également essentiel :

- De susciter l'intérêt et la réflexion des soignants par l'étude d'un cas clinique transposable à leur pratique quotidienne,
- De leur proposer des pistes concrètes de travail et des outils pratiques utilisables au quotidien.

L'analyse de l'état des lieux des connaissances et des pratiques a révélé l'importance de compléter le support pour l'adapter aux besoins en termes de connaissances et de pratiques.

Le support d'information réalisé est composé (cf. annexe n°8) :

- D'une introduction sur la déglutition, avec un focus sur les caractéristiques de la déglutition chez la personne âgée, une vidéo illustrant les fonctions anatomiques impliquées et le phénomène de fausse route,
- D'un cas clinique destiné à faire réfléchir les soignants sur les signes d'alerte et les éléments en faveur d'un trouble de la déglutition (le cas clinique a été volontairement choisi dans un contexte pathologique non à risque de dysphagie (plaie complexe d'une fracture du fémur), prise en charge courante en HAD, afin d'interpeller les soignants sur la vigilance à avoir face à un ensemble de signes d'alerte),
- D'une partie sur la prise en charge pluridisciplinaire, le rôle de chacun des intervenants, et notamment de l'orthophoniste,
- D'une partie pratique abordant l'importance d'une évaluation des troubles afin de proposer des adaptations optimales pour le patient, les adaptations possibles (postures, environnement, textures alimentaires),
- D'une conclusion reprenant les points clés et le rôle de l'orthophoniste.

En complément, les éléments suivants ont été remis aux soignants dans un but pratique (annexe n°9) :

1. Une liste « pense-bête » de questions à poser au patient et/ou à son entourage en cas de suspicion d'un trouble de la déglutition.
2. Une fiche « Conseils préventifs. Troubles de la déglutition en gériatrie » (Ruglio V, 2010) qui synthétise les conseils d'adaptations de l'environnement, de la posture, des aliments et des liquides à préférer /à éviter, des ustensiles à préférer /à éviter, de la conduite à tenir pour la prise des médicaments... (NB :

*L'autorisation d'utilisation et de diffusion de ce document a été obtenue auprès de l'auteure)*

3. Une fiche « Troubles de la déglutition chez le sujet âgé en situation palliative » : cette fiche est intéressante pour les professionnels de l'HAD car la prise en charge palliative est fréquente en HAD, et cette fiche regroupe un ensemble d'éléments transposables au patient âgé tout venant. Elle reprend la liste des signes d'alerte cliniques, les contextes à risques, propose d'évaluer les risques par le TCFD en détaillant les étapes sous forme d'arbre décisionnel (cf. partie Contexte théorique, § 3.5.2.2), liste les recommandations de prise en charge, rappelle la manœuvre de Heimlich en cas de fausse route, et enfin rappelle également la définition des différentes textures et les techniques d'épaississement des liquides. Elle offre donc aux professionnels une synthèse complète des éléments utiles à leur pratique quotidienne.
4. L'échelle EAT-10 (annexe n°2).

### **.3.3. Questionnaire d'évaluation des sessions d'information**

Le questionnaire remis aux participants en fin de session d'information avait pour objectif d'évaluer :

- Leur satisfaction quant au déroulé de la formation,
- Leur satisfaction concernant le contenu des informations délivrées et l'intérêt pour leur pratique professionnelle,
- Leur satisfaction concernant les supports utilisés et remis,
- Leur satisfaction générale concernant la session.

On définit la satisfaction comme étant l'écart entre la perception et les attentes.

Le questionnaire (cf. annexe n°10) était composé de 10 affirmations à coter sur une échelle de Likert en 4 points (pas d'accord du tout, pas d'accord, d'accord, tout à fait d'accord). L'absence de point intermédiaire permettait d'amener les participants à se positionner clairement.

Le métier des répondants a été recueilli afin de pouvoir intégrer ce critère dans l'analyse des réponses, lorsqu'il était pertinent à étudier.

## **.4.Méthode d'analyse**

Les deux grandes étapes du projet ont fait l'objet d'une analyse :

- Analyse de l'état des lieux des connaissances et des pratiques des professionnels,
- Analyse de l'évaluation des professionnels concernant les sessions d'information.

La première étape a fait l'objet de 2 analyses distinctes :

- Une analyse des résultats par structure permettant d'établir une synthèse personnalisée des résultats à destination des cadres de santé des HAD participantes (cf. annexe n°6, analyse rendue aux structures afin qu'elles puissent prendre connaissance de l'état des lieux concernant leur équipe et éventuellement, envisager des actions),
- Une analyse globale des résultats présentée de façon détaillée dans la partie « Résultats » de ce mémoire.

Les données ont été saisies et analysées sur tableur excel.

Pour certaines questions, il nous a semblé pertinent de comparer les résultats entre les catégories de soignants majoritaires dans l'étude (infirmiers et aides-soignants). Un test de Khi 2 a été appliqué pour vérifier l'hypothèse d'indépendance des valeurs dans les comparaisons des résultats par sous-populations de professionnels.

# Résultats

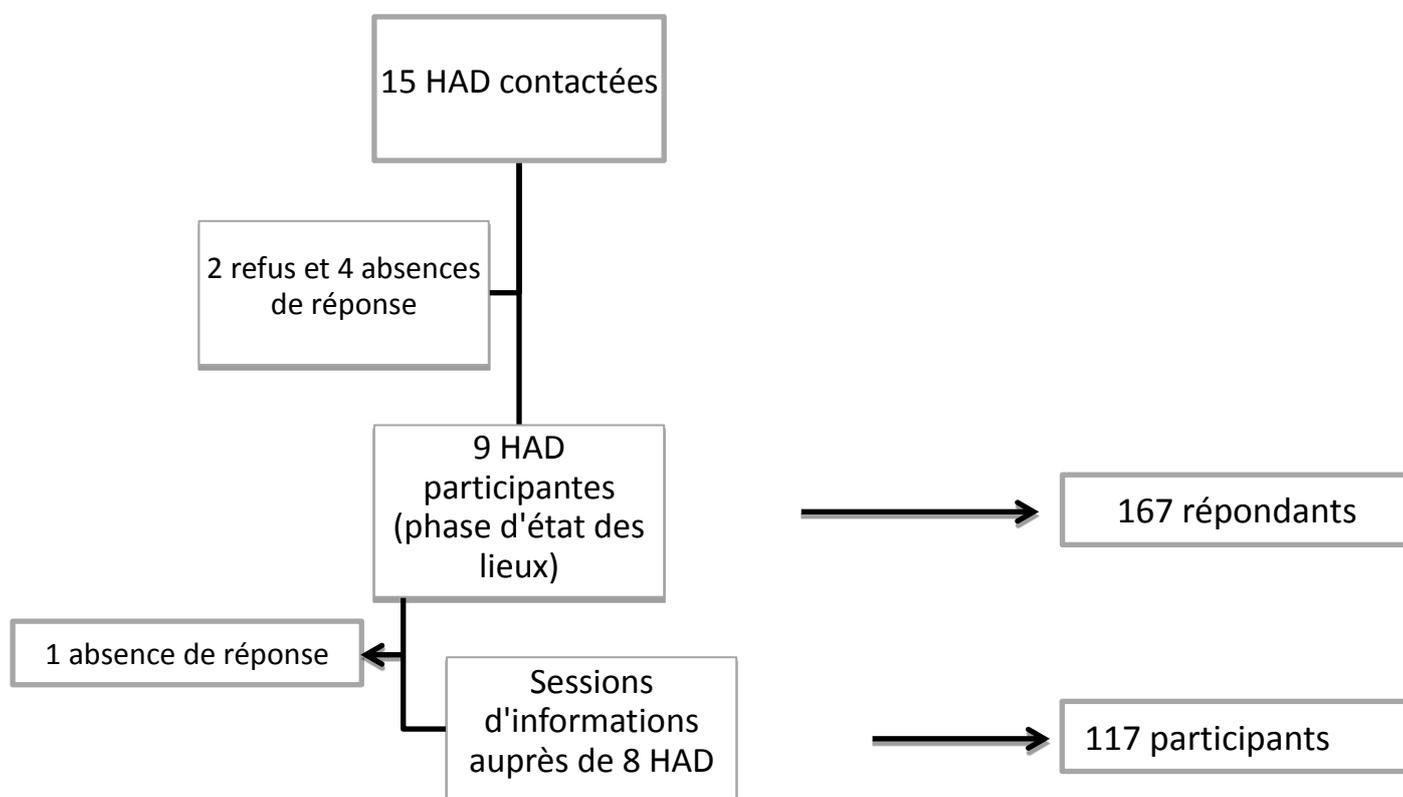
## .1.Population de l'étude

9 structures (11 antennes géographiques), sur les 15 que compte la région, soit 60% des structures, ont accepté de participer au projet :

- HOPIDOM (zone urbaine),
- HAD Synergie (zone urbaine),
- HAD Santélylys et HAD Anais (Lille métropole et zone de Roubaix, zone urbaine),
- HAD du Littoral : antennes de Berck, Boulogne sur mer (zones mixtes urbaines et rurales) et Fruges (zone rurale),
- HAD Flandre Intérieure (zone essentiellement rurale hors Hazebrouck),
- HAD du Douaisis (zone essentiellement rurale hors Douai),
- HAD du Hainaut (zone mixte urbaine et rurale),
- HAD du Cambrésis (zone mixte urbaine et rurale).

Les structures HAD participantes représentent 495 places, soit 64,7% des places d'HAD de la région Nord Pas-de-Calais.

## .2.Diagramme des flux du projet



Le tableau V suivant décrit la répartition des professionnels ayant participé au projet par structure :

	Nombre de questionnaires d'état des lieux recueillis	Participants aux sessions d'informations
HOPIDOM	15	12
HAD SYNERGIE	17	8
HAD SANTELYS + ANAIS	32	33
HAD Littoral Berck	11	8
HAD Littoral Boulogne	15	12
HAD Littoral Fruges	9	5
HAD Flandre Intérieure	19	9
HAD du Douaisis	19	5
HAD du Cambrésis	14	25
HAD du Hainaut	16	0
<b>TOTAL</b>	<b>167</b>	<b>117</b>

**Tableau V : Professionnels ayant participé au projet par structure**

Les sessions d'informations ont touché 70,1% des professionnels ayant participé à la phase d'état des lieux des connaissances et des pratiques.

L'HAD du Hainaut n'a pas bénéficié d'une session d'information car nous n'avons pas obtenu de réponse du cadre de santé concernant les dates proposées, et ce malgré de multiples relances.

### **.3. Etat des lieux des connaissances et des pratiques des professionnels**

Les résultats présentés sont exprimés en pourcentage de réponses, ainsi qu'en valeur absolue du nombre de répondants. Hormis les questions fermées, les répondants avaient la possibilité de cocher plusieurs réponses, cela explique pourquoi le total des réponses par question à choix multiple est supérieur à 100%.

#### **.3.1. Nombre et profils des répondants**

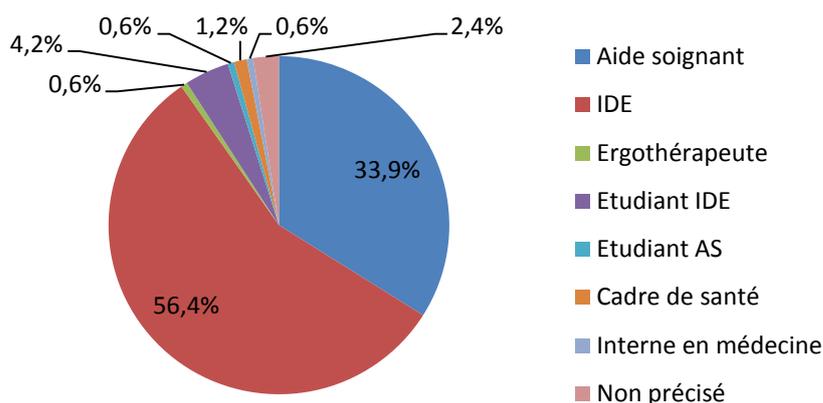
Le tableau suivant décrit le nombre de répondants, leur ancienneté au sein de l'HAD, et le nombre de répondants ayant bénéficié au préalable d'une formation sur la thématique des troubles de la déglutition.

*NB : afin de respecter au maximum l'anonymat des répondants et de leurs réponses vis-à-vis de leur hiérarchie qui pouvait avoir les questionnaires remplis en mains, ni leur âge ni leur sexe n'était demandé.*

<b>Nombre de répondants</b>	167 dont 165 questionnaires exploitables (2 questionnaires trop incomplets, ont été exclus de l'analyse)
<b>Ancienneté en HAD</b>	33 répondants ont une ancienneté < 2 ans, 34 répondants entre 2 et 5 ans, et 40 répondants de 5 ans et + (59 non réponses)
<b>Participation à une formation sur les troubles de la déglutition</b>	14 répondants déclarent avoir bénéficié d'une formation

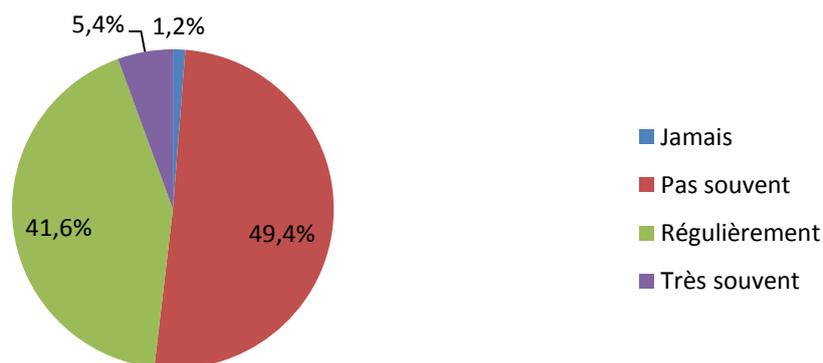
**Tableau VI : nombre et profils des répondants**

La majorité des répondants sont des Infirmiers Diplômés d'Etat (IDE, n=93) et des aides-soignants (n=56).



**Figure 5 : Profil des répondants (n=165)**

A la question, « *Vous arrive-t-il qu'un patient se plaigne auprès de vous de difficultés pour avaler ?* » (figure 6), 98,8% se disent concernés (n=160) (somme des réponses « pas souvent », « régulièrement », et « très souvent »).



**Figure 6 : Soignants confrontés à des plaintes de patients sur des difficultés pour avaler**

41,6% déclarent être confrontés à cette plainte régulièrement (n=69) et 5,4% très souvent (n=9).

125 répondants, soit 75,8%, disent suivre des patients âgés présentant un trouble de la déglutition au moment de l'enquête (tableau VII).

	N	Fréquence
Oui	125	75,8%
Non	26	15,8%
Je ne sais pas	9	5,5%
Non réponses	5	3,0%
Total	165	100,0%

**Tableau VII : Suivi actuel de patients âgés avec troubles de la déglutition**

Cependant, ils ne sont pas capables de donner un nombre de patients précis.

142 répondants, soit 86,1%, déclarent en avoir suivi au cours des 6 derniers mois (tableau VIII).

	N	Fréquence
Oui	142	86,1%
Non	10	6,1%
Je ne sais pas	8	4,8%
Non réponses	5	3,0%
Total	165	100,0%

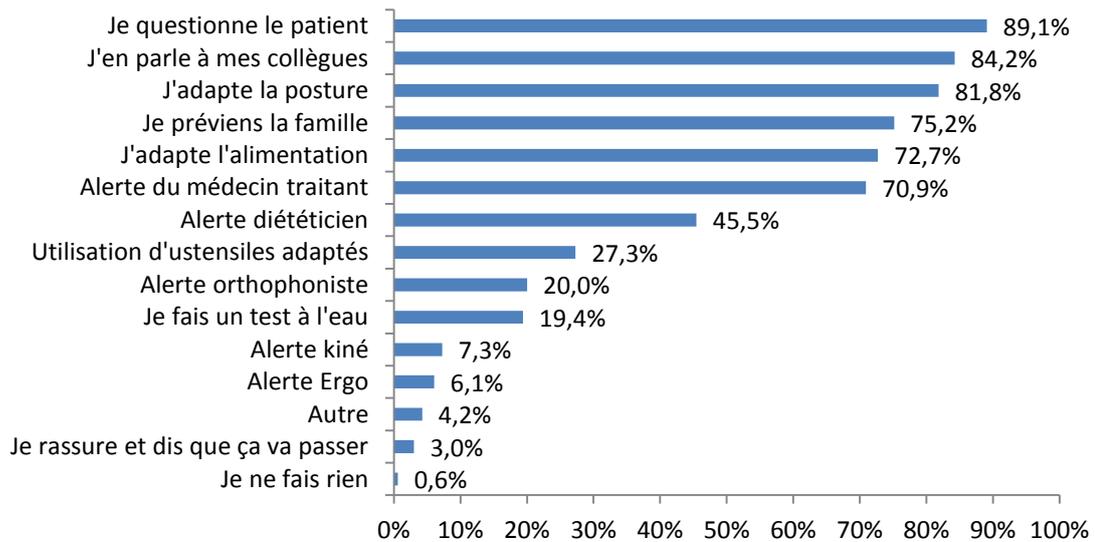
**Tableau VIII : Suivi de patients âgés avec troubles de la déglutition dans les 6 derniers mois**

Les patients âgés avec troubles de la déglutition sont donc des patients que les professionnels de l'HAD rencontrent dans leur pratique.

### **.3.2. Etat des lieux des pratiques**

#### **.3.2.1. Comportement général des professionnels interrogés face à une plainte sur la déglutition**

Le comportement des soignants face à une plainte sur la déglutition est pour 89,1% d'entre eux (n=147) de questionner le patient pour en savoir plus (figure 7).



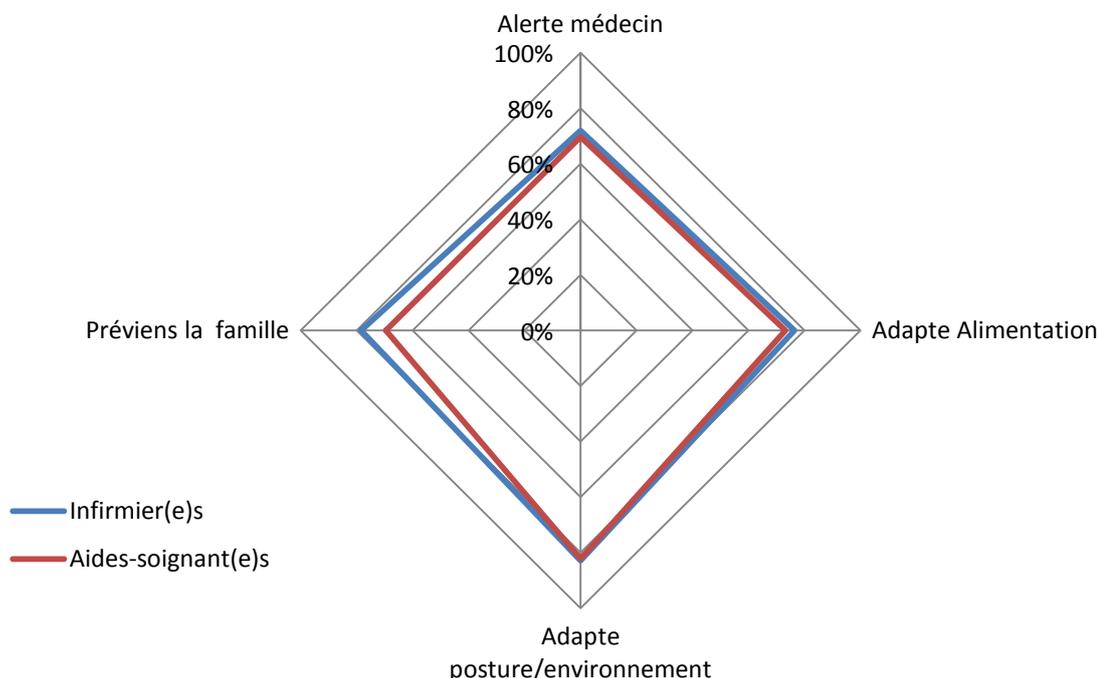
**Figure 7 : Attitudes des soignants face à une plainte d'un patient âgé sur la déglutition (n=165)**

De même, l'information est partagée avec les collègues intervenants au domicile pour 84,2% (n=139) d'entre eux ainsi qu'avec la famille pour 81,8% des répondants (n=124).

Nous observons que l'alerte du médecin n'est pas systématique puisqu'elle concerne 70,9% des répondants (n=117).

Nous avons souhaité regarder s'il existait une différence d'attitude entre les infirmiers et les aides-soignants concernant l'alerte au médecin, le fait de proposer des adaptations (posture/environnement, et alimentation) et de prévenir la famille.

La figure 8 suivante illustre les réponses de ces 2 sous-populations pour les items sélectionnés :



**Figure 8 : Réponses des infirmiers et aides-soignants sur leurs attitudes face à une plainte du patient**

Nous n’observons pas de différence concernant les adaptations proposées et l’alerte au médecin. Les infirmiers sont plus nombreux proportionnellement à déclarer prévenir la famille mais cette différence est non significative ( $p=0,22$ ).

### **.3.2.2. Adaptations alimentaires proposées aux patients**

72,7% des participants à l’enquête (n=120) déclarent proposer des adaptations alimentaires. Sur le questionnaire d’enquête, un champ libre permettait aux répondants d’apporter des précisions sur les adaptations proposées. 93 répondants sur les 120 déclarant proposer des adaptations alimentaires ont apporté des précisions. Les conseils d’adaptations proposés aux patients sont les suivants :

- 31 répondants proposent l’alimentation hachée ou mixée,
- 33 répondants proposent l’eau gélifiée ou l’épaississement des liquides,
- 8 répondants proposent l’eau gazeuse,
- 6 répondants conseillent de passer à une alimentation semi liquide ou des textures fluides, des veloutés,
- 5 répondants donnent des conseils sur les aliments à éviter (riz, semoule...),

- 5 répondants préconisent l'arrêt des liquides sans préciser l'alternative proposée au patient,
- 3 répondants donnent des conseils sur la façon de manger (prendre le temps, faire des bouchées plus petites, éviter les gros morceaux, bien mâcher, faire des pauses).

La plupart du temps, les conseils d'adaptation des liquides et des solides sont proposés de manière concomitante.

Seuls 7 répondants précisent se tourner vers le médecin et/ou la diététicienne pour convenir des adaptations à proposer. 3 répondants seulement précisent qu'il est nécessaire de connaître le type de trouble avant de pouvoir proposer une adaptation de l'alimentation.

1 seul répondant mentionne éviter l'utilisation du verre à bec ou verre canard.

1 seul répondant précise qu'il vérifie l'état bucco-dentaire du patient avant de proposer une adaptation.

### **.3.2.3. Adaptations de la posture / de l'environnement proposées aux patients**

Concernant l'adaptation de la posture, 135 répondants, soit 81,8% des participants à l'enquête, déclarent la conseiller au patient :

- 98 répondants, soit 59,3%, conseillent une position assise ou semi assise si le patient est alité et non mobilisable en fauteuil,
- 9 conseillent un environnement calme (éteindre la radio, la télévision),
- 5 répondants conseillent la position de tête antéfléchie, 1 précise d'éviter de mettre la tête en arrière.

32 répondants sur les 135 déclarant proposer des adaptations de la posture et de l'environnement ne donnent pas de précisions sur les conseils donnés aux patients.

### **.3.2.4. Propositions d'ustensiles adaptés**

45 répondants, soit 27,3% des participants à l'enquête, déclarent proposer des ustensiles adaptés en cas de trouble de la déglutition. Le questionnaire comportait un champ libre leur permettant de préciser quels ustensiles :

- 24 répondants sur 45 (14,6%), proposent l'utilisation d'un verre à bec ou verre canard,

- 14 n'ont pas apporté de précisions sur leurs recommandations,
- 6 proposent l'utilisation d'une paille pour boire ou d'une pipette,
- 1 répondant proposait l'utilisation de couverts adaptés, un autre proposait l'alimentation à la cuillère en appuyant sur la langue pour susciter le réflexe de déglutition,
- 1 répondant propose de vérifier l'adaptation de la prothèse dentaire,
- 1 répondant propose l'utilisation d'un verre à découpe nasale.

### **.3.2.5. Pratiques concernant la prise en charge pluridisciplinaire**

Concernant les habitudes de leur structure HAD en matière de prise en charge des troubles de la déglutition chez le sujet âgé, 48,8% déclarent que leur structure fait appel à des professionnels libéraux (tableau IX).

	N	Fréquence
Oui	81	48,8%
Non	35	21,1%
Je ne sais pas	48	28,9%
Non réponses	1	1,2%
Total	165	100,0%

**Tableau IX : Répartition des réponses à la question « Votre structure fait elle appel à des professionnels libéraux pour la prise en charge des troubles de la déglutition du patient âgé ? »**

Parmi les 81 répondants déclarant que leur structure fait appel à des professionnels de santé libéraux pour la prise en charge des troubles de la déglutition, les professionnels libéraux cités sont les suivants :

- 59 répondants citent l'orthophoniste (soit 35,9%),
- 15 répondants citent la diététicienne,
- 9 répondants citent le kinésithérapeute,
- 7 répondants citent le médecin généraliste ou spécialiste,
- 2 répondants citent l'ergothérapeute, et 2 répondants citent l'infirmière libérale.

10 répondants ne précisent pas de quels professionnels il s'agit.

Seuls 2 répondants évoquent la nécessité d'avoir une prescription médicale pour faire appel à l'orthophoniste.

La connaissance de l'existence d'un protocole de dépistage et de prise en charge des troubles de la déglutition au sein de la structure n'est pas évidente :

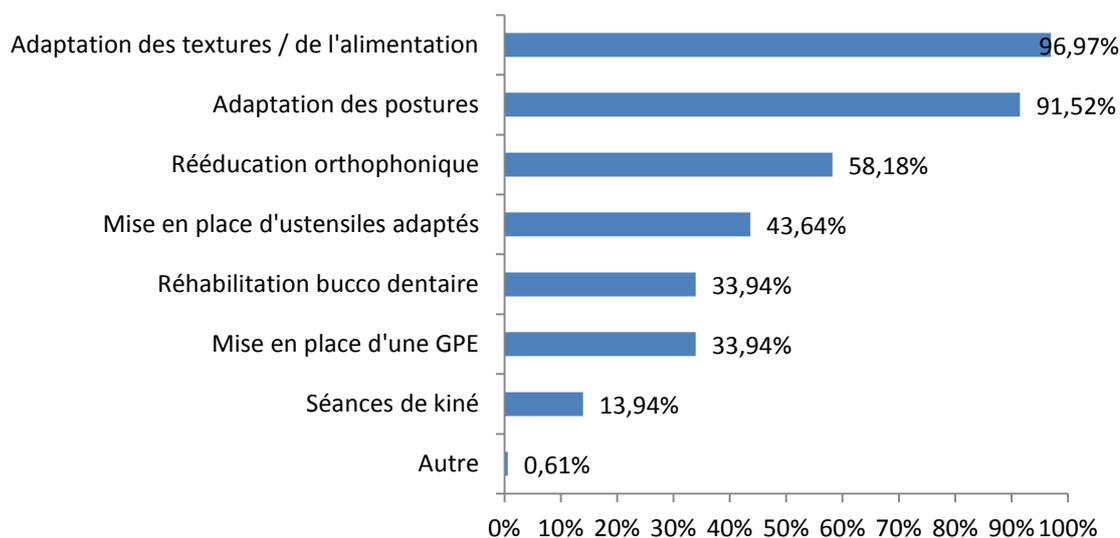
	N	Fréquence
Oui	11	6,7%
Non	57	35,0%
Je ne sais pas	95	58,3%
Total	163	100,0%

**Tableau X : Répartition des réponses à la question « Existe-t-il dans votre structure, à votre connaissance, un protocole de dépistage et de PEC des troubles de la déglutition chez la personne âgée? »**

Les réponses sont très hétérogènes au sein d'une même structure. Les échanges oraux lors des rencontres avec les professionnels n'ont pas mis en évidence l'existence d'un tel protocole formalisé au sein des structures participantes.

### **.3.3. Perception des soignants sur la prise en charge des troubles de la déglutition**

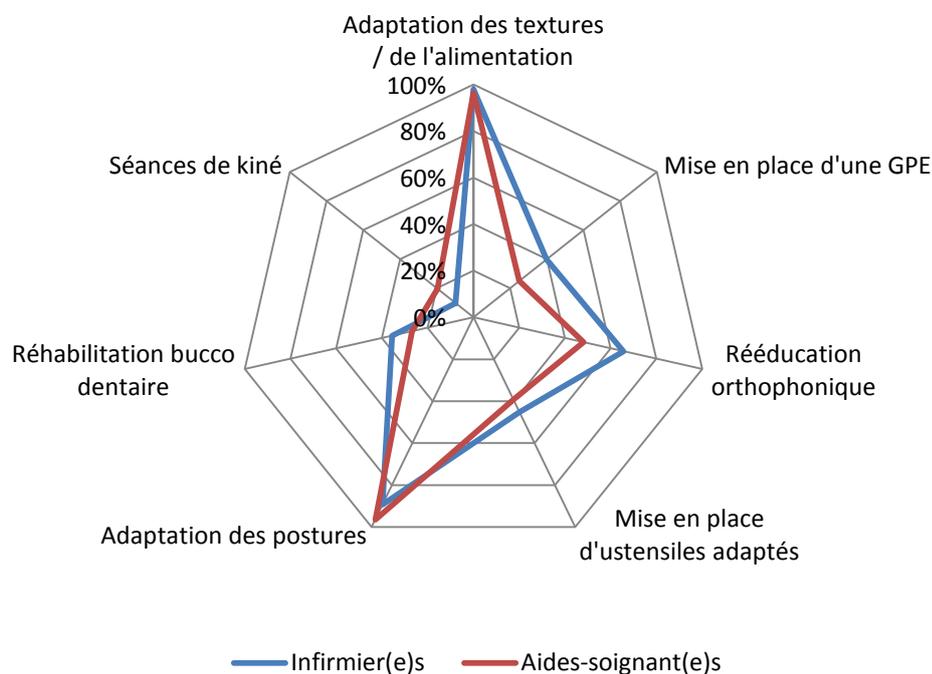
Concernant la perception des soignants sur les moyens de prise en charge des troubles de la déglutition chez le patient âgé (figure 9), les adaptations de textures alimentaires et de posture arrivent en première position. La rééducation orthophonique arrive en 3<sup>e</sup> position seulement, pour 58,2% des répondants (n=96).



**Figure 9 : Perception des moyens de prise en charge des troubles de la déglutition chez le patient âgé (n=165)**

La mise en place d'une GPE est citée comme dernier recours, lorsque l'alimentation orale n'est plus possible.

Nous avons souhaité analyser si les réponses à cette question étaient différentes entre les infirmiers et aides-soignants. La figure 10 compare les réponses de ces deux sous-populations de répondants :



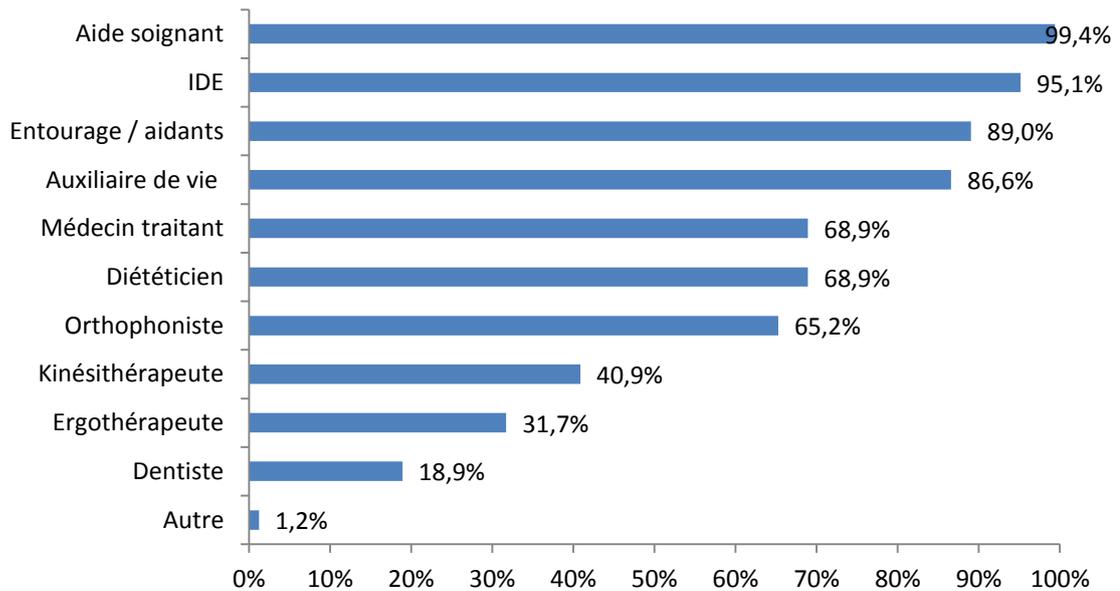
**Figure 10 : Comparaison des réponses Infirmiers et aides-soignants sur la perception des moyens de prise en charge des troubles de la déglutition**

Les courbes sont superposables concernant les adaptations à proposer aux patients (adaptation de l'alimentation et des postures).

Nous observons des différences sur les items suivants, qui sont plus fréquemment cités par les infirmiers :

- Rééducation orthophonique (différence significative,  $p < 0,05$ ),
- Séances de kinésithérapie (différence non significative,  $p = 0,08$ ),
- Réhabilitation bucco-dentaire (différence non significative,  $p = 0,27$ ),
- Mise en place d'ustensiles adaptés (différence non significative,  $p = 0,48$ ),
- Mise en place d'une GPE (différence non significative,  $p = 0,06$ ).

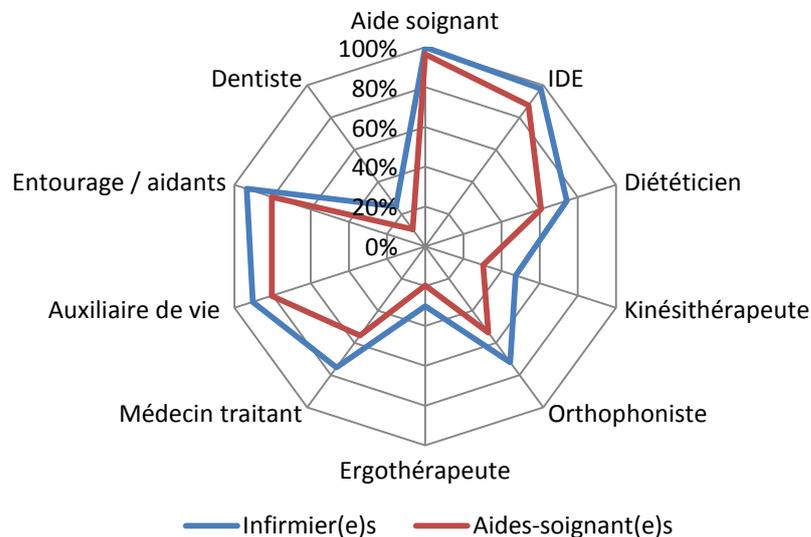
Pour 99,4% des répondants ( $n = 163$ ), l'aide-soignant est impliqué dans le repérage des signes de troubles de la déglutition (figure 11). L'infirmier est cité par 95,1% des répondants ( $n = 156$ ), et l'entourage / les aidants par 89% ( $n = 146$ ) au même titre que l'auxiliaire de vie citée par 86,6% des répondants ( $n = 142$ ).



**Figure 11 : Perception des personnes étant impliquées dans le repérage des signes de troubles de la déglutition du patient âgé à domicile (n=164)**

Le rôle du médecin dans le repérage des signes n'est cité que par 68,9% des répondants.

Là encore, nous avons souhaité analyser s'il existait des différences de perception entre les infirmiers et les aides-soignants (figure 12).



**Figure 12 : Réponses des infirmiers et des aides-soignants sur la perception des personnes impliquées dans le repérage des signes de troubles de la déglutition**

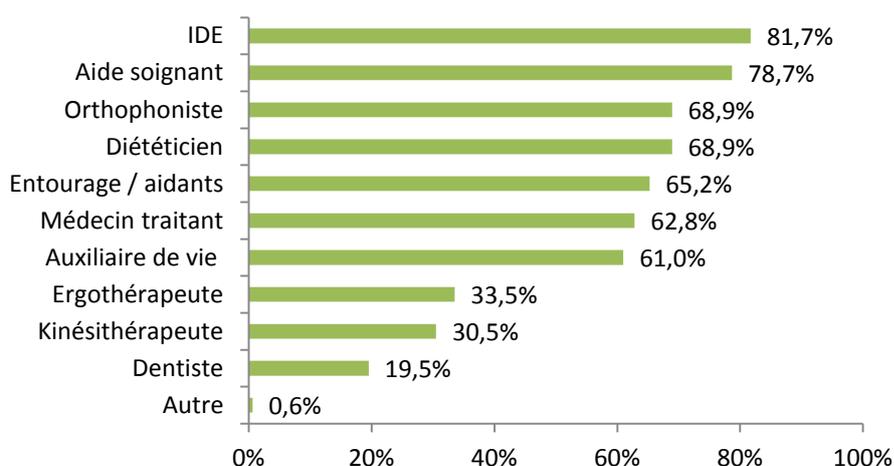
Les réponses sont comparables concernant l'implication de l'aide-soignant(e).

Nous observons des différences concernant l'implication des autres personnes et professionnels, qui sont plus souvent cités parmi les infirmier(e)s :

- Infirmier (IDE) (différence significative,  $p < 0,05$ ),

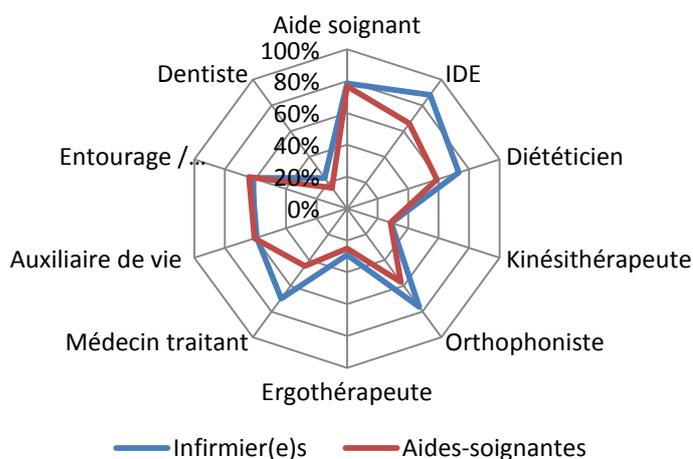
- Médecin traitant (différence significative,  $p < 0,05$ ),
- Orthophoniste (différence significative,  $p < 0,05$ ),
- Dentiste (différence significative,  $p < 0,05$ ),
- Diététicien (différence non significative,  $p=0,08$ ).

Concernant les personnes impliquées dans la prise en charge thérapeutique des troubles de la déglutition (figure 13), l'infirmier (IDE) est cité par 81,7% des répondants ( $n=134$ ), l'aide-soignant par 78,7% ( $n=129$ ), et l'orthophoniste est cité par 68,9% ( $n=113$ ), tout comme le diététicien.



**Figure 13 : Perception des personnes impliquées dans la prise en charge des troubles de la déglutition du patient âgé à domicile ( $n=164$ )**

La comparaison des réponses entre les infirmiers et les aides-soignants est rapportée sur la figure 14 suivante :



**Figure 14 : Réponses des infirmier(e)s et aides-soignants sur leur perception des personnes impliquées dans la prise en charge thérapeutique des troubles de la déglutition du patient âgé à domicile**

Les réponses sont comparables concernant l'implication de l'aide-soignant(e), de l'entourage, de l'auxiliaire de vie, du dentiste, du kinésithérapeute et de l'ergothérapeute dans la prise en charge thérapeutique.

Nous observons des différences concernant l'implication des professionnels suivants, qui sont plus souvent cités parmi les infirmier(e)s :

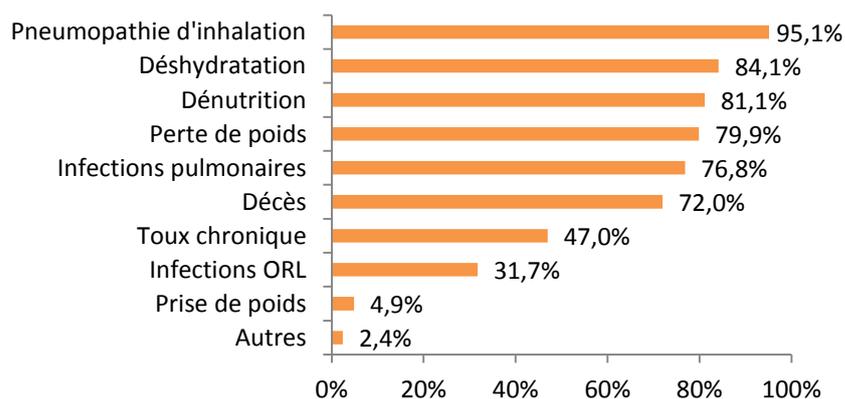
- Infirmier(e) (différence significative,  $p < 0,01$ ),
- Médecin traitant (différence significative,  $p < 0,01$ ),
- Orthophoniste (différence significative,  $p < 0,05$ ).

### **.3.4. Etat des lieux des connaissances sur les troubles de la déglutition du patient âgé**

#### **.3.4.1. Connaissances des risques encourus par les patients dysphagiques**

En matière de connaissances des risques encourus par les patients âgés souffrant de trouble de la déglutition (figure 15), le risque de pneumopathie d'inhalation est cité le plus fréquemment, par 95,1% des répondants (n=156). La déshydratation et la dénutrition sont citées respectivement par 84,1% (n=138) et 81,1% (n=133) des répondants.

La perte de poids, critère de surveillance, est citée par 79,9% des répondants (n=131).



**Figure 15 : Connaissance des risques encourus par le patient âgé souffrant de troubles de la déglutition (n=164)**

Le risque de décès est cité par 72% des répondants (n=118).

### 3.4.2. Connaissances des signes d'alerte sur la présence d'un trouble de la déglutition

Concernant les signes pouvant alerter sur la présence d'un trouble de la déglutition chez le patient âgé (figure 16), le signe le plus fréquemment cité est la toux lors des repas, pour 97% des répondants (n=159).

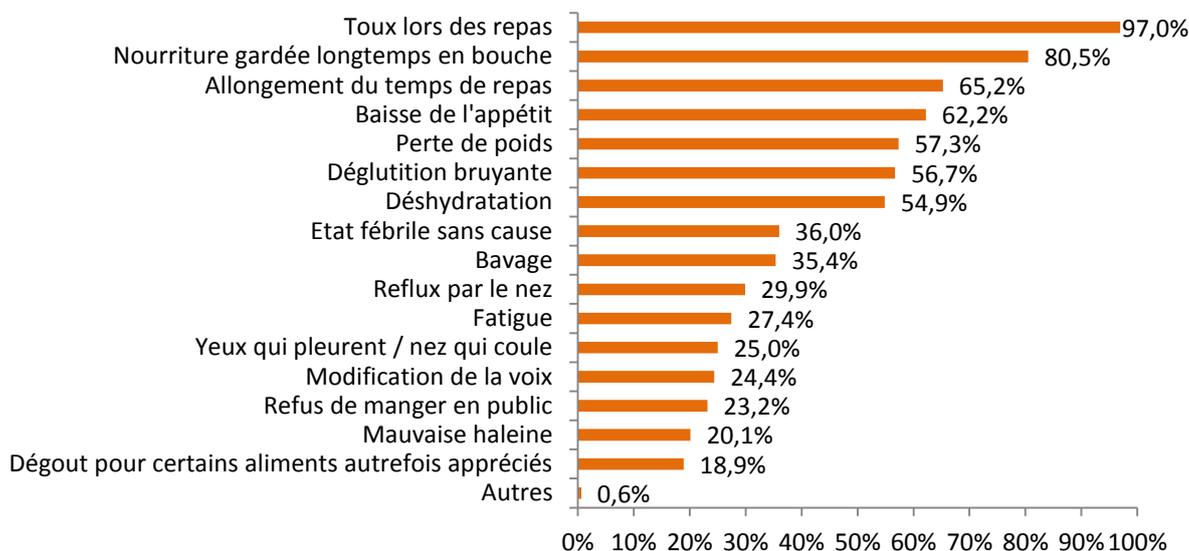


Figure 16 : Connaissance des signes d'un trouble de la déglutition (n=164)

La figure 17 illustre les différences dans la connaissance des signes d'un trouble de la déglutition entre les sous-populations infirmiers et aides-soignants.

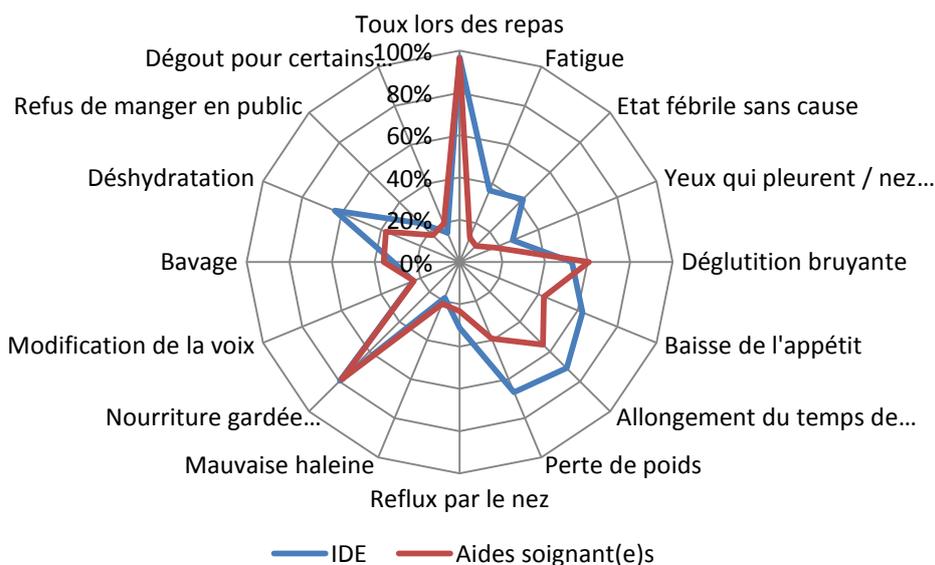


Figure 17 : Réponses des infirmier(e)s et aides-soignants sur leur connaissance des signes d'un trouble de la déglutition

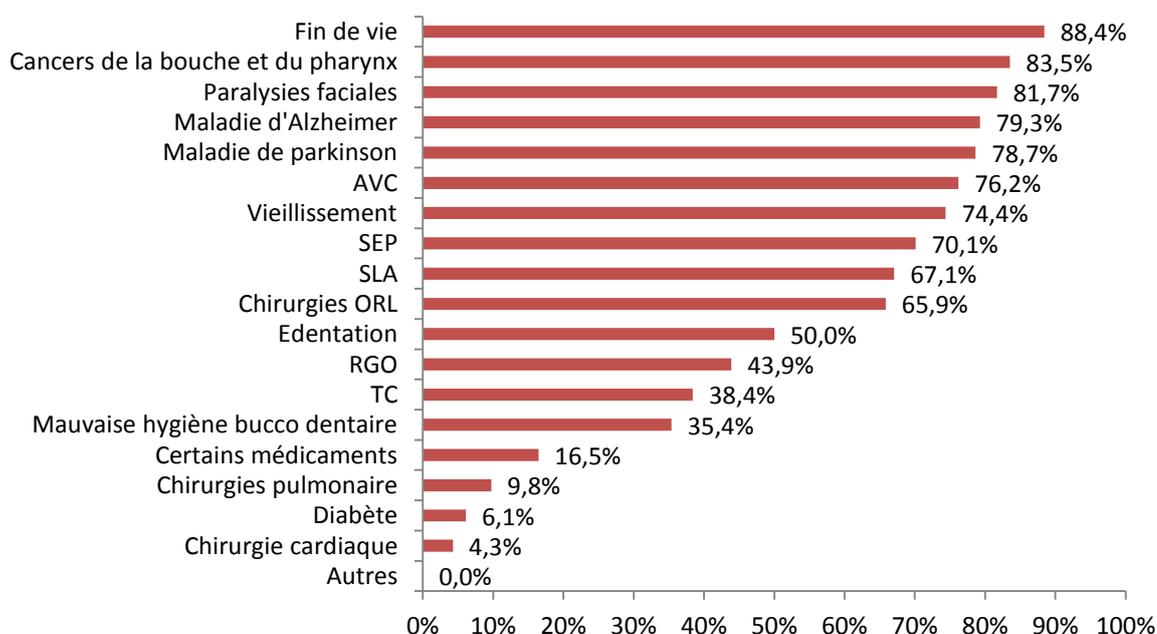
Les courbes sont superposables concernant la toux lors des repas, la mauvaise haleine, la nourriture gardée longtemps en bouche, la modification de la voix, la déglutition bruyante, le bavage le refus de manger en public ainsi que le dégoût pour certains aliments.

Nous observons des différences de réponses entre les infirmier(e)s et aides-soignants sur la connaissance des signes suivants, qui sont cités plus fréquemment par les infirmier(e)s que par les aides-soignants :

- Fatigue (différence significative,  $p < 0,01$ )
- Etat fébrile sans cause identifiée (différence significative,  $p < 0,01$ )
- Baisse de l'appétit (différence significative,  $p < 0,05$ )
- Allongement du temps de repas (différence non significative,  $p=0,052$ )
- Perte de poids (différence significative,  $p < 0,01$ )
- Déshydratation (différence significative,  $p < 0,01$ )

### **.3.4.3. Connaissances des pathologies ou conditions à risques de développer un trouble de la déglutition**

Parmi les pathologies ou conditions à risques de développer un trouble de la déglutition (figure 18), la fin de vie et les cancers de la bouche et du pharynx sont les plus fréquemment cités (respectivement 88,4% (n=145) et 83,5% (n=137)).



**Figure 18 : Connaissance des conditions à risque de développer un trouble de la déglutition (n=164)**

#### **.3.4.4. Connaissances des mécanismes physiologiques ou anatomiques en lien avec un trouble de la déglutition**

A la question « Connaissez-vous les mécanismes physiologiques / anatomiques pouvant causer un trouble de la déglutition chez la personne âgée? », sur les 165 participants à l'enquête, 107 déclarent ne pas les connaître (soit 64,8%), 20 ne répondent pas à cette question, et 41 déclarent connaître ces mécanismes.

Sur ces 41 professionnels, 11 n'apportent pas de précisions dans le champ libre prévu à cet effet, 7 évoquent un problème de fermeture de l'épiglotte.

Les précisions apportées ne sont pas exploitables car très hétérogènes, et pour la plupart citent des pathologies et non des mécanismes pouvant expliquer le trouble de déglutition.

#### **.3.5. Perception de l'impact d'un trouble de la déglutition sur la qualité de vie du patient âgé**

Les professionnels de l'HAD perçoivent l'impact que peut avoir un trouble de la déglutition sur la qualité de vie du patient âgé (figure 19) : 59,4% d'entre eux estiment que cet impact est très important (n=98), et 37,6% qu'il est significatif (n=62).

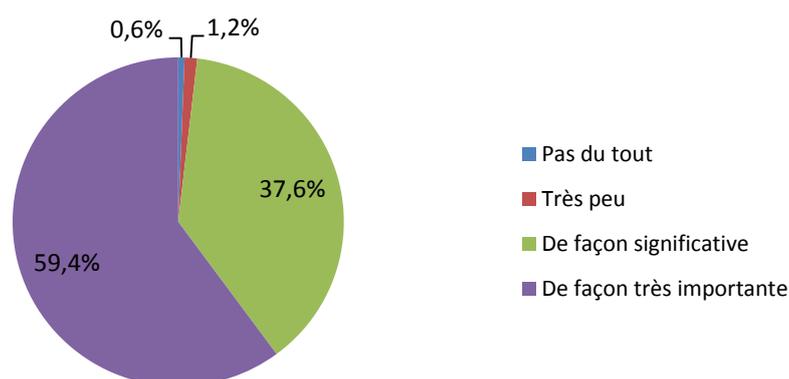


Figure 19 : Répartition des réponses à la question « Selon vous, de quelle manière les troubles de la déglutition impactent-ils la qualité de vie du patient âgé? » (n=165)

#### **.3.6. Intérêt des professionnels pour la thématique des troubles de la déglutition / besoin en information**

Au sujet de leur intérêt pour une information / formation concernant les troubles de la déglutition du patient âgé, nous obtenons les résultats suivants :

	N	Fréquence
Oui	157	95,7%
Non	3	1,8%
Je ne sais pas	4	2,4%
Total	164	100,0%

**Tableau XI : Réponses obtenues à la question « Pensez-vous qu'une information / formation concernant les troubles de la déglutition vous serait utile dans votre pratique? »**

Il n'y avait pas de différence significative entre les réponses des infirmiers et des aides-soignants quant à leur besoin exprimé en information/formation concernant les troubles de la déglutition ( $p=0,45$ ).

## **.4.Evaluation des sessions d'information par les professionnels**

### **.4.1. Sessions d'information et nombre de participants**

12 sessions d'information ont été organisées entre le 1<sup>er</sup> février 2016 et le 4 avril 2016 (cf. calendrier détaillé du projet en annexe n°7).

117 professionnels de 8 structures HAD y ont participé.

3 structures (HOPIDOM, HAD Santélylys et HAD du Cambrésis) ont souhaité pouvoir bénéficier de 2 sessions afin qu'un maximum de soignants puissent y participer.

	Participants aux sessions d'information
HOPIDOM	12
HAD SYNERGIE	8
HAD SANTELYS + ANAIS	33
HAD Littoral Berck	8
HAD Littoral Boulogne	12
HAD Littoral Fruges	5
HAD Flandre Intérieure	9
HAD du Douaisis	5
HAD du Cambrésis	25
HAD du Hainaut	0
<b>TOTAL</b>	<b>117</b>

**Tableau XII : Nombre de participants par structure aux sessions d'information**

*Rappel : L'HAD du Hainaut n'a pas bénéficié d'une session d'information car le cadre de santé n'a jamais répondu à nos propositions de dates malgré de multiples relances.*

La durée des sessions d'information étaient comprises entre 1h15 et 1h30, conformément au souhait des structures HAD. Une phase de questions / réponses de 10 minutes était consacrée en fin de chaque session.

La figure 20 suivante détaille le profil des participants aux sessions d'information :

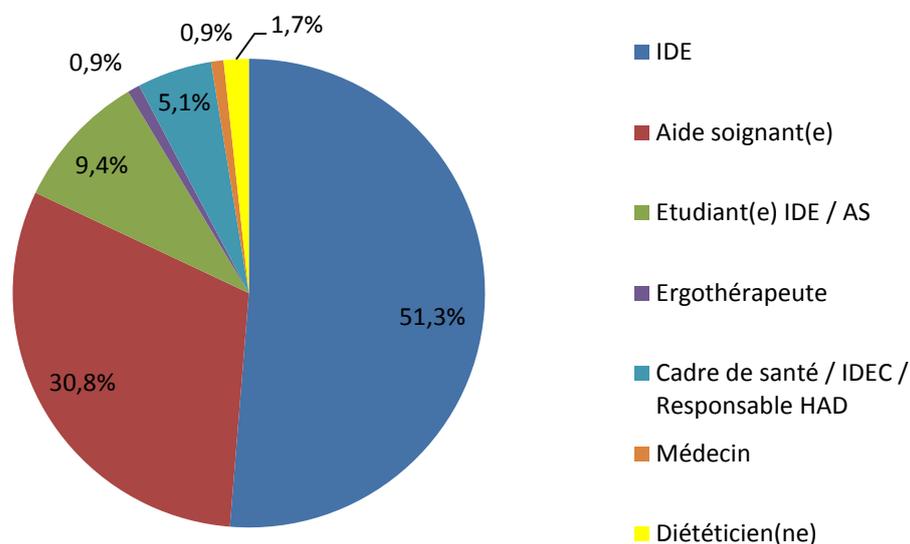


Figure 20 : Profil des participants aux sessions d'informations (n=117)

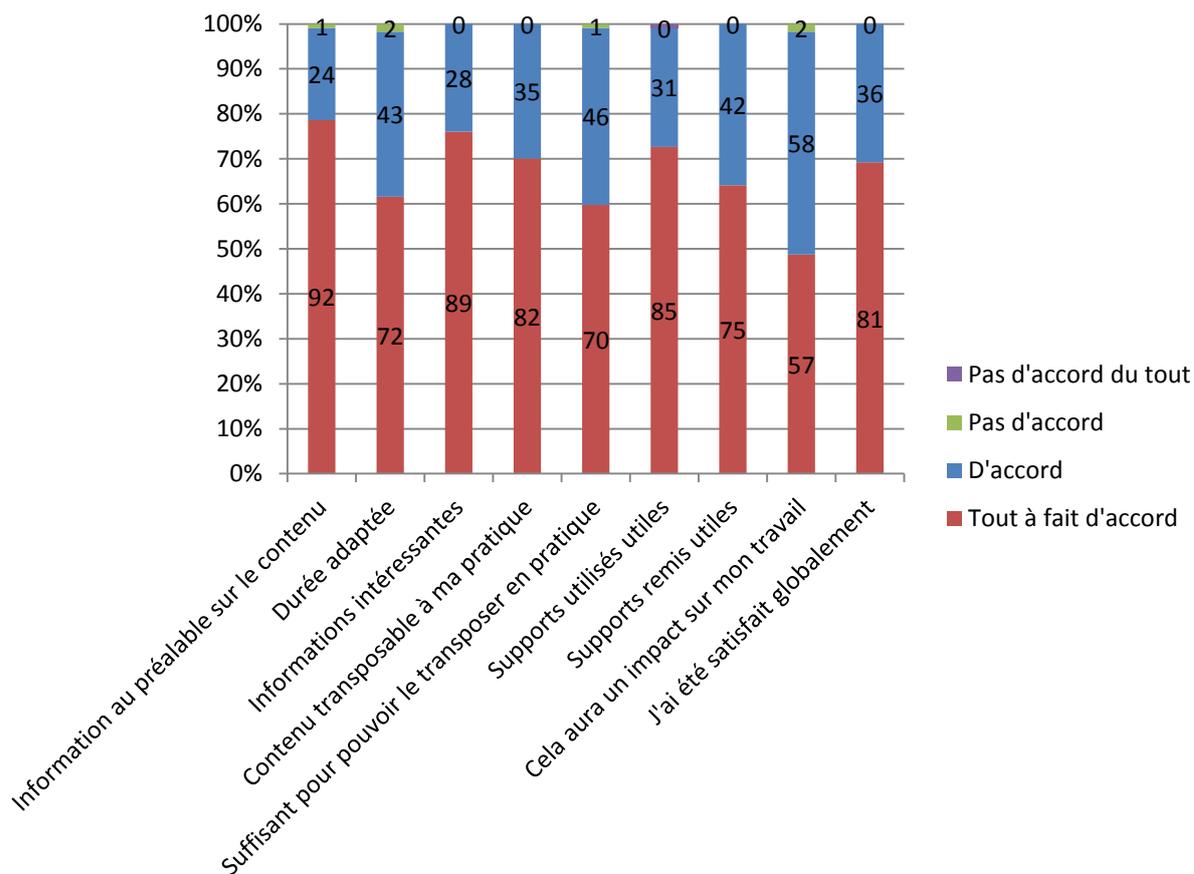
Ainsi apparaissent des catégories de professionnels qui n'avaient pas participé à la phase d'état des lieux (médecins, diététiciens), mais qui ont souhaité participer aux sessions d'informations.

## **.4.2. Evaluation des sessions d'information**

### **.4.2.1. Analyse des questionnaires d'évaluation**

La figure 21 fait état de la répartition des réponses à chacune des affirmations proposées dans le questionnaire remis aux participants (cf. annexe n°10) en fin de chacune des sessions d'informations.

La représentation en diagramme en bâtons base 100 permet de visualiser le degré d'accord, et donc la satisfaction exprimée, liée à chacun des items évalués.

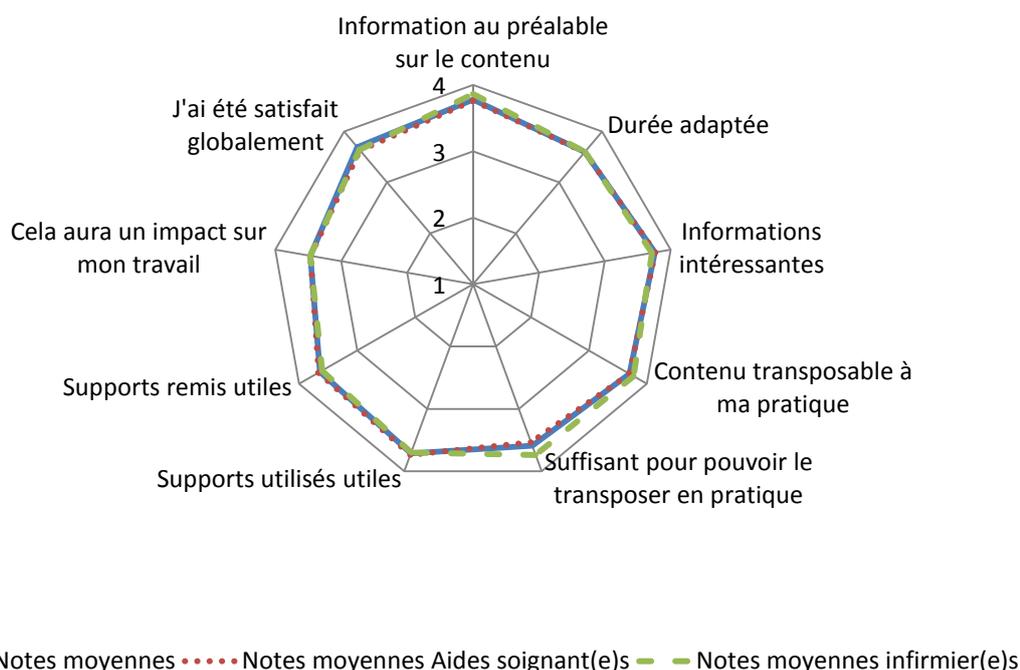


**Figure 21 : Evaluation des sessions d'information (n=117)**

Pour l'ensemble des items évalués, nous constatons que la satisfaction est importante, la somme des réponses « Tout à fait d'accord » et « D'accord » étant toujours supérieure à 95%.

Afin d'évaluer le degré d'accord avec l'ensemble des affirmations proposées, nous avons calculé une note moyenne par affirmation. Elle a été calculée en additionnant les scores obtenus pour chacune des affirmations (1 pour « Pas d'accord du tout », 2 pour « Pas d'accord », 3 pour « D'accord », 4 pour « Tout à fait d'accord ») et en divisant cette somme par le nombre de répondants. Cette note moyenne permet de situer le niveau de satisfaction moyen des participants au regard des différents éléments évalués. Les notes moyennes obtenues pour chacune des affirmations pour l'ensemble des répondants sont comparées aux notes moyennes obtenues dans les sous populations des aides-soignants et des infirmiers afin d'observer d'éventuelles différences.

La figure 22 suivante illustre que le degré d'accord pour chacune des affirmations proposées, et donc pour chacun des éléments évalués, est élevé, puisqu'il est toujours supérieur à 3,5 (soit entre « D'accord » et « Tout à fait d'accord »).



**Figure 22 : Comparaison des notes moyennes obtenues à chacune des affirmations (au global et par profil de répondants)**

Nous constatons que les 3 courbes (notes moyennes globales, notes moyennes aides-soignant(e)s et notes moyennes infirmier(e)s) sont superposables. Il n’y a pas de différences entre les populations de professionnels aides-soignant(e)s et infirmier(e)s concernant leur satisfaction quant aux sessions d’information.

Les notes moyennes globales les plus élevées concernent le fait que les soignants ont bien été informés au préalable du contenu de la session d’information et que les informations délivrées les ont intéressés (note moyenne 3,8). Ensuite, les notes moyennes les plus élevées concernent de manière équivalente (note moyenne de 3,7) le fait que le contenu soit transposable à la pratique, l’utilité des supports utilisés et la satisfaction globale concernant la session d’information.

La note moyenne la moins élevée (3,5) concerne l’impact de la session d’information sur la pratique.

#### **.4.2.2. Echanges avec les professionnels lors des sessions d’information**

Les temps de questions en fin de chaque session d’information ont été propices aux échanges sur la réalité du contexte de travail des soignants en HAD. De nombreux sujets pratiques ont été abordés : la difficulté d’effectuer un suivi pondéral régulier pour les patients difficiles à mobiliser ou en l’absence de pèse personne à

disposition, la difficulté à « faire agir » le médecin, la difficulté parfois à échanger avec les proches ou les aidants lorsque les horaires des soins ne correspondent pas aux horaires de présence de ces personnes, la difficulté et le manque de temps à sensibiliser et à convaincre les patients et leurs proches sur les risques liés aux troubles de la déglutition car toucher à l'alimentation est parfois compliqué dans certains contextes culturels ou dans certaines situations où l'alimentation reste le seul point « positif » sur lequel la famille reporte ses espoirs de guérison...

Concernant les pratiques, de nombreux échanges ont eu lieu sur des « croyances » des soignants : utilisation du verre canard, conseil d'utilisation de l'eau gélifiée en systématique... Ces échanges ont permis de marquer les esprits et de faire passer les bons messages.

De nombreux échanges ont eu lieu également sur le contenu du bilan orthophonique et les possibilités de rééducation. Les professionnels ont toutefois évoqué très largement la difficulté à trouver un orthophoniste disponible, quelle que soit l'intervention demandée.

Des questions sur des pathologies spécifiques ont également été régulièrement abordées, notamment sur les cancers ORL et les patients trachéotomisés.

# Discussion

## **.1.Rappel des objectifs**

Les objectifs de ce travail étaient de :

- Réaliser un état des lieux des pratiques et des connaissances des professionnels de l'HAD en matière de dépistage et de prise en charge des troubles de la déglutition du patient âgé,
- Sensibiliser les soignants intervenant en HAD sur l'impact des troubles de la déglutition chez la personne âgée, et le rôle essentiel qu'ils ont à jouer en matière de repérage des signes, de déclenchement de l'évaluation et de la prise en charge thérapeutique, d'information et de suivi auprès des patients et de leur famille / entourage,
- Mettre à jour ou renforcer leurs connaissances concernant les conséquences des troubles de la déglutition chez la personne âgée, les conditions à risques, les adaptations possibles,
- Les informer/ sensibiliser sur l'importance de la prise en charge pluridisciplinaire, du rôle de chacun des intervenants, et plus particulièrement de l'orthophoniste libéral, afin de renforcer et d'améliorer la collaboration entre professionnels sur la thématique des troubles de la déglutition chez la personne âgée à domicile.

## **.2.Principaux résultats répondant aux objectifs**

### **.2.1. Etat des lieux des connaissances et des pratiques des professionnels intervenant au domicile**

L'état des lieux des connaissances et des pratiques a été réalisé auprès de 167 professionnels (165 questionnaires exploitables).

Concernant les pratiques, cette phase a permis de mettre en évidence des points importants:

- La sollicitation non systématique du médecin lorsqu'un professionnel suspecte un trouble de la déglutition chez un patient âgé (70,9% des répondants l'informent lorsqu'un patient se plaint de difficultés pour avaler, 62,8% estiment qu'il est impliqué dans la prise en charge des troubles de la déglutition),
- Les conseils d'adaptation de l'alimentation (72,7% des répondants) donnés sans qu'une évaluation fine du trouble de la déglutition n'ait été effectuée pour déterminer la présence réelle d'une dysphagie ainsi que le type de dysphagie,
- Le conseil donné encore par certains soignants d'utiliser un verre canard,
- L'information non systématique de l'entourage du patient / de la famille face à la plainte d'un patient sur des difficultés pour avaler (75,2% des répondants).

La rééducation orthophonique comme moyen de prise en charge des troubles de la déglutition n'est citée que par 58,2% des répondants, mais significativement plus citée par les infirmiers que par les aides-soignants.

La phase d'état des lieux a également mis en évidence les éléments suivants concernant les connaissances des soignants :

- La relative bonne connaissance des risques encourus par les patients,
- La perception de l'impact des troubles de la déglutition sur la qualité de vie du patient (59,4% des répondants estiment que cet impact est très important, et 37,6% estiment qu'il est significatif),
- La méconnaissance de certains marqueurs clés et critères de surveillance d'un trouble de la déglutition : perte de poids (citée par 57,3% des répondants), déshydratation (citée par 54,9% des répondants), modification de la voix (citée par 24,4% des répondants), refus de manger en public (cité par 23,2% des répondants). De plus, la perte de poids et la déshydratation sont significativement plus cités par les infirmiers que par les aides-soignants

(une hypothèse possible est que ces éléments faisant partie du suivi du patient réalisé par l'infirmier, ils sont mieux connus par ces professionnels).

- La méconnaissance de certaines conditions à risques de développer un trouble de la déglutition : l'édentation (citée par 50% de répondants), le reflux gastro œsophagien (cité par 43,9% des répondants), le traumatisme crânien (cité par 38,4% des répondants), la mauvaise hygiène bucco-dentaire (citée par 35,4%), certains médicaments (cité par 16,5% des répondants).

Cet état des lieux a constitué une base importante à la construction du contenu des supports utilisés lors des sessions d'information.

## **.2.2. Sensibilisation des soignants sur leur rôle dans le dépistage et la prise en charge des troubles de la déglutition du patient âgé à domicile**

Les éléments mis en évidence concernant les pratiques des soignants, et notamment les manques dans la prise en charge pluridisciplinaire (alerte non systématique du médecin, intervention non systématique d'un orthophoniste pour réaliser une évaluation, conseils d'adaptations donnés au patient sans qu'une évaluation fine du trouble n'ait été effectuée...) ont servi d'arguments à plusieurs messages clés délivrés au cours des sessions d'information.

Concernant l'intervention du médecin, plusieurs arguments ont été mis en avant pour expliquer son importance : conséquences possibles d'une dysphagie sur l'état de santé général du patient dont le médecin doit avoir connaissance, prescription d'un bilan orthophonique, prescription d'examen complémentaires de la déglutition, adaptation des prescriptions médicamenteuses, avis sur les adaptations alimentaires à proposer au patient... Les taux de réponses obtenus concernant l'implication du médecin doivent nous interroger sur son rôle effectif sur le terrain à ce sujet. Lors des échanges en fin de session d'information, certains soignants ont évoqué la difficulté pour eux de mobiliser le médecin sur la problématique des troubles de la déglutition, notamment chez les patients très âgés. Son intervention dans la prise en charge est néanmoins significativement plus citée par les infirmiers que par les aides-soignants, tout comme l'intervention de l'orthophoniste.

Concernant les adaptations à proposer au patient, l'un des messages forts des sessions d'information était de faire prendre conscience aux professionnels qu'il existe toute une palette d'adaptations possibles en fonction des troubles dont souffre le patient, et qu'il est essentiel pour préserver sa sécurité alimentaire, son équilibre nutritionnel et sa qualité de vie de proposer des adaptations optimales et personnalisées. Cela renvoyait directement au rôle d'alerte des professionnels pour pouvoir déclencher une évaluation orthophonique.

Dans les questionnaires, la proposition de l'eau gélifiée était mentionnée par 33 répondants. L'eau gélifiée est fournie au patient par l'HAD, comme à l'hôpital. Cela n'engendre pas de coût à supporter pour le patient pendant sa durée d'hospitalisation à domicile. Cela peut expliquer pourquoi elle est facilement proposée aux patients. Cette question a été systématiquement discutée lors des sessions d'information, en rappelant que l'eau gélifiée ou l'épaississement des liquides n'est pas toujours nécessaire si le patient n'a pas de trouble avéré avec les liquides. De plus, cette mesure de précaution, lorsqu'elle est inutile, porte atteinte à la qualité de vie du patient : son goût est souvent jugé désagréable et son coût est important lorsque le patient qui sort de l'HAD doit l'acheter à ses frais. De plus, lors de sa prise en charge en HAD, cela peut engendrer un coût supplémentaire inutilement pour la structure. D'autre part, les échanges avec les professionnels lors des sessions ont suggéré que les patients sont souvent alors démunis lorsque leur prise en charge HAD se termine : peu de conseils ou d'explications leur sont donnés quant à la substitution de l'eau gélifiée par une technique d'épaississement des liquides adaptée à leurs moyens (épaississants à acheter en pharmacie, agar-agar...)

Concernant l'inadéquation de l'utilisation du verre canard chez un patient à risque ou avec trouble de la déglutition, une démonstration était proposée lors des sessions d'information afin de mettre en évidence la difficulté à déglutir tête en arrière, et une démonstration de l'utilisation d'un verre à découpe nasale était réalisée en le faisant passer parmi les participants.

L'alerte du médecin, l'importance de la prise en charge pluridisciplinaire, l'information de la famille / des aidants, et la mise en place d'adaptations optimales faisaient ainsi partie des messages clés délivrés en conclusion des sessions d'information.

### **.2.3. Renforcer / mettre à jour les connaissances des soignants sur la thématique des troubles de la déglutition du patient âgé**

Il était capital d'insister, lors des sessions d'information, sur les marqueurs ainsi que les éléments de surveillance comme la perte de poids et la déshydratation, qui ne ressortaient pas de manière suffisante dans l'état des lieux réalisé. Le poids, dans la plupart des prises en charge HAD, est pourtant un indicateur de suivi habituel de l'état nutritionnel, mais les soignants se confrontent parfois à l'absence d'un pèse personne fiable au domicile du patient ou à des difficultés à le mobiliser pour effectuer la pesée. Certains soignants ont indiqué lors des sessions d'informations mesurer la circonférence brachiale au mètre ruban, mais cela n'est pas systématique. Pour constituer un marqueur efficace de dénutrition et remplacer le suivi pondéral chez les patients non mobilisables pour la pesée, elle doit cependant être couplée avec la mesure des plis cutanés réalisée à l'aide d'un compas dont les soignants ne sont pas équipés (Nightingale JM et al, 1996). De même, la dénutrition et la déshydratation sont des éléments importants à suivre dans la guérison des plaies complexes par exemple. La déshydratation peut également favoriser la constipation et l'apparition d'un syndrome confusionnel chez le patient âgé. Ces éléments ont ainsi été rapprochés de leurs prises en charge habituelles afin de les aider à faire du lien dans leur démarche de dépistage.

Concernant le refus de manger en public qui renvoie à l'impact social du trouble de la déglutition, des exemples concrets ont été utilisés en session d'information pour marquer les esprits.

Ces éléments ont fait l'objet de rappels lors de la session d'information, avec le rappel de l'importance des soins de bouche, la citation des listes de médicaments pouvant impacter la déglutition en faisant du lien avec leurs patients habituels.

L'importance de l'état bucco-dentaire était soulignée en début de session d'information pour une bonne préparation à la prise alimentaire, notamment en suscitant la réflexion du groupe autour des fonctions nécessaires à la déglutition par le biais d'une mise en pratique (dégustation d'une friandise par chacun des participants, en comptant le nombre de déglutitions nécessaires et en listant les fonctions utilisées).

Les comparaisons réalisées concernant la différence de réponses entre les infirmiers et les aides-soignants suggère que les infirmiers sont mieux informés / formés concernant la prise en charge pluridisciplinaire ainsi que sur les connaissances des signes de troubles de la déglutition. La démarche de l'infirmier en HAD s'inscrit dans le soin prescrit initialement : il est le garant du respect de la prescription, de l'organisation du matériel nécessaire au domicile du patient, de la tenue du dossier de soins. En étant focalisé sur la prise en charge initiale, il peut passer à côté de certains signes tels que ceux d'un trouble de la déglutition si la prise en charge initiale n'a aucun rapport apparent avec la dysphagie (exemple de la prise en charge des plaies complexes utilisé en cas clinique dans le support d'information). L'aide-soignant joue un rôle plus important dans l'assistance aux soins, l'hygiène et l'alimentation, et est amené plus souvent que l'infirmier à assister aux repas, voire à aider le patient à s'alimenter. Il semble donc tout aussi important de sensibiliser et renforcer les connaissances de ces deux sous-populations.

#### **.2.4. Sensibilisation au rôle de l'orthophoniste dans la prise en charge pluridisciplinaire des troubles de la déglutition du patient âgé à domicile**

L'intervention de l'orthophoniste a été significativement plus citée par les infirmiers que par les aides-soignants, que ce soit dans le dépistage ou dans la prise en charge des troubles de la déglutition. Il semble que l'infirmier, plus impliqué dans les soins techniques et ciblés, soit mieux formé / informé sur le rôle de l'orthophoniste.

Lors des sessions d'informations, les nombreuses questions sur les principes de l'évaluation et de la rééducation orthophonique des troubles de la déglutition du patient âgé suggéraient la méconnaissance de l'intervention orthophonique sur cette thématique. Les sessions d'informations et les échanges informels avec les groupes de professionnels ont donc permis d'effectuer cette sensibilisation. Les médecins coordonnateurs rencontrés ont également exprimé le fait qu'ils ne pensaient pas forcément à l'orthophoniste libéral, souvent par manque de connaissance des professionnels installés sur leur secteur et manque de temps pour en trouver un qui serait disponible pour intervenir. Ils ont néanmoins admis l'intérêt pour leurs patients de mettre en œuvre une démarche de bilan lorsqu'il y a suspicion de trouble de la

déglutition, et se sont déclarés volontaires pour l'intégrer dans leur pratique. Ce changement de pratique n'est pas mesuré dans notre travail, néanmoins nous espérons avoir pu faire émerger au sein des structures HAD participantes une démarche réflexive quant à la prise en charge du patient âgé à risque de développer un trouble de la déglutition, l'importance de la prise en charge pluridisciplinaire et de la coordination des intervenants, dont l'orthophoniste, autour du patient âgé atteint de trouble de la déglutition.

Selon l'étude de Jansen C et Leurs J (2015), 71% des orthophonistes libéraux en France métropolitaine déclarent prendre en charge les troubles de la déglutition chez l'adulte. Chacune des structures HAD rencontrée décrit, surtout pour les structures hors métropole lilloise, avoir d'énormes difficultés à trouver des orthophonistes qui acceptent ce type de prise en charge. Elles déclarent d'ailleurs avoir beaucoup de mal à trouver des orthophonistes disponibles, quelle que soit la prise en charge demandée en HAD.

Pourtant, hormis certaines zones, la région Nord Pas-de-Calais fait partie des régions les mieux dotées en orthophonistes libéraux (source : Détermination dans le Schéma Régional de l'Organisation des Soins du zonage orthophonistes libéraux. ARS Nord Pas-de-Calais, 2013). L'hypothèse retenue serait que l'intervention au domicile du patient pourrait être un facteur expliquant ces refus, de même que la méconnaissance du rôle et du fonctionnement des HAD, qui rémunèrent directement l'orthophoniste grâce à une convention, de la même manière que les EHPAD en dotation globale par exemple.

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

#### **.3.1. Limites dans le recrutement**

L'annuaire des HAD publié par l'ARS datant de 2013, de nombreux contacts avaient changé au démarrage du projet. De plus, les adresses mail n'étaient pas indiquées pour toutes les structures.

Il a donc été difficile de trouver la bonne porte d'entrée pour chacune des structures, et le filtrage téléphonique par les secrétaires a rendu la tâche ardue. Face à l'impossibilité de joindre une personne précise pour 4 structures, nos sollicitations étant restées sans réponses (HAD de Lens, HAD Val de Sambre, HAD Flandre Maritime et HAD Calais/ St Omer), ces structures n'ont pas été incluses. Des relances auraient été nécessaires. Les structures HAD de Béthune et Arras ayant

connu des modifications importantes d'organigramme pendant la période du projet n'ont pas pu participer faute de disponibilité d'une personne référente au sein de ces structures, malgré leur intérêt pour la thématique.

D'autre part, tous les professionnels ayant répondu au questionnaire d'enquête initial n'ont pas participé aux sessions d'information proposées, puisqu'il y a eu déperdition de 50 professionnels. Cela peut s'expliquer par différents facteurs :

- Certaines sessions d'information ont eu lieu pendant la période des vacances scolaires d'hiver et de printemps (moins de personnel présent et charge de travail plus importante pour les autres),
- La présence aux sessions était basée sur le volontariat et l'organisation assurée par leur cadre de santé,
- La disponibilité des soignants était entravée par de nombreuses admissions à cette période de l'année (période de forte activité), les admissions requérant un travail supplémentaire important de la part du professionnel de soins assigné au patient (briefing sur la prise en charge du patient, création de son dossier de soins, commande du matériel de soin nécessaire, prise de contact avec le patient ou son entourage pour définir un horaire de passage...).

Les sessions d'information proposées demandaient aux participants de prendre ce temps sur leur temps de travail, alors que leur charge de travail n'était pas diminuée par ailleurs pour leur libérer le temps nécessaire, les soins devant être assurés comme d'habitude.

Une structure, l'HAD du Hainaut, ayant participé à la phase d'état des lieux, n'a pas bénéficié de la session d'information, le cadre de santé n'ayant jamais répondu à nos propositions de dates et multiples relances.

### **.3.2. Limites dans la démarche**

La méthodologie choisie ne permettait pas de mesurer l'impact concret des sessions d'informations réalisées sur les pratiques des professionnels. Il faudrait pour cela mener une étude prospective auprès d'une cohorte de patients âgés à risque de troubles de la déglutition, pris en charge en HAD dans les structures participantes, définir un certain nombre d'indicateurs à mesurer avant l'information des professionnels (groupe contrôle) et après l'information des professionnels pour mesurer un éventuel impact dans les pratiques de prise en charge.

A défaut d'évaluer l'impact sur les comportements de soins, nous pourrions évaluer l'évolution des connaissances des participants en leur demandant, à distance de la session d'information, de compléter à nouveau le questionnaire de la phase d'état des lieux des connaissances et des pratiques. Ceci permettrait de comparer leurs réponses avant / après la session d'information et de vérifier si les messages clés ont été retenus.

### **.3.3. Biais dans la phase d'état des lieux des connaissances et des pratiques**

La méthodologie choisie de réaliser un état des lieux par questionnaire auto administré a eu pour avantage de toucher une population importante de professionnels. Cependant, cette méthode implique de proposer des questions fermées le plus possible, afin de rendre l'analyse plus aisée.

Dans les choix de réponses proposées, certaines propositions étaient volontairement aberrantes afin de mettre quelques pièges (ex : dans les signes d'alerte d'un trouble de la déglutition, le choix « prise de poids »).

Le fait de proposer des choix multiples a pour effet d'induire, d'une certaine manière, les réponses, les répondants pouvant répondre par déduction ou par défaut ce qui leur paraît le plus logique ou acceptable.

La conduite d'entretiens dirigés aurait permis de limiter ce biais, mais aurait eu pour effet de limiter fortement la taille de la population, car la passation et l'analyse des entretiens aurait été coûteuse en temps et aurait vraisemblablement impacté l'acceptation du projet par les structures.

## **.4. Forces du travail**

### **.4.1. La taille de la population touchée**

Sur l'ensemble des HAD de la région Nord Pas-de-Calais, le taux de participation est très satisfaisant puisqu'il couvre 73,3% des lieux d'implantation et plus de 64% des places d'HAD (*NB : rappelons que le taux de couverture HAD dans la région est de 765 places pour 4 millions d'habitants et que les HAD participantes représentent 495 places*). Cela suggère l'intérêt des structures HAD pour la thématique des troubles de la déglutition du patient âgé, et leur besoin en information dans ce domaine.

La population de soignants touchée est représentative de l'ensemble des territoires de santé de la région Nord Pas-de-Calais et de la quasi-totalité des types de gestionnaires (hospitalier public, hospitalier privé, associatif, mutualité).

La taille de la population touchée constitue un critère de solidité de ce travail et lui confère une dimension régionale importante. De plus, la région Nord Pas-de-Calais représente une région de poids dans le paysage national puisqu'elle est la 2<sup>e</sup> région la plus peuplée de France après l'Île de France (avant le regroupement récent avec la Picardie pour former la région récemment baptisée « Hauts de France »).

**117 professionnels de soins ont participé aux sessions d'informations.** Ces professionnels, représentatifs de la région, prennent en charge chaque année une population importante de patients à risques de troubles de la déglutition.

#### **.4.2. L'originalité**

Les établissements d'HAD sont peu connus des orthophonistes et ne nous ont pas été présentés au cours de notre formation. Par ce travail, nous espérons contribuer à une meilleure connaissance de ces structures parmi les orthophonistes et futurs orthophonistes.

De leur côté, les HAD n'emploient pas d'orthophonistes salariés. Ce travail a contribué à faire découvrir aux HAD de la région Nord Pas-de-Calais la diversité des interventions de l'orthophoniste, et en particulier son rôle dans l'évaluation et la prise en charge thérapeutique des troubles de la déglutition.

De plus, nous n'avons pas trouvé de travaux similaires dans la littérature auprès de structures de soins intervenant à domicile. Le lieu de vie des patients âgés tend à devenir de plus en plus lieu de soins : il est donc important de s'y intéresser dans les travaux scientifiques et les actions de prévention.

#### **.4.3. Les échanges avec les professionnels de terrain**

Les nombreuses rencontres avec les professionnels des établissements d'HAD (cf. calendrier détaillé du projet en annexe n°7), direction des soins, cadres de santé, médecins coordonnateurs lors de la présentation du projet, infirmiers, aides-soignants, ergothérapeutes, diététiciens, lors du recueil des questionnaires et des sessions d'information, ont donné lieu à des échanges intéressants sur la réalité de leur pratique quotidienne. Le fait d'aller à la rencontre des professionnels pour leur

présenter le projet a certainement contribué à l'obtention d'un fort taux de participation.

Les nombreux temps d'échanges donnent à ce travail une plus-value qualitative non négligeable, et concrétisent la nécessité de coordination des soins à domicile. Les nombreuses questions des professionnels, leur curiosité manifestée pour la pratique orthophonique, témoignent de la connaissance partielle des champs d'intervention de l'orthophoniste par ce public. Leur excellent accueil témoigne de leur culture de la coordination des interventions et des soins, et de leur souhait d'une formation pour améliorer leurs pratiques de prise en charge.

#### **.4.4. La satisfaction exprimée concernant les sessions d'informations**

La satisfaction exprimée suite aux sessions d'information est très importante : pour l'ensemble des items évalués, la somme des réponses « Tout à fait d'accord » et « D'accord » est supérieure à 95%.

Les notes moyennes les plus élevées concernaient l'intérêt pour les informations délivrées, le fait que le contenu soit transposable à leur pratique, l'utilité des supports utilisés et la satisfaction globale concernant la session d'information.

Ces éléments, bien qu'ils n'assurent pas que les professionnels opèrent un changement effectif dans leurs comportements concernant le repérage et la prise en charge des troubles de la déglutition du patient âgé, suggèrent que la démarche, le format, la clarté des messages et l'information délivrée étaient adaptés à leurs besoins et à leurs attentes, en tenant compte de la réalité et des contraintes de leur environnement quotidien.

Les supports créés et utilisés dans le cadre de notre projet pourraient ainsi servir de base à des formations auprès de professionnels infirmiers et aides-soignants.

### **.5. Comparaison aux travaux précédents**

D'après nos recherches, aucun travail de prévention concernant les troubles de la déglutition du sujet âgé n'aurait été réalisé auprès des professionnels de l'HAD ou de soins à domicile.

En 2004, une étude sur les connaissances des aides-soignants travaillant en structure de soins pour personnes âgées de l'état de New York en matière de

dysphagie et d'alimentation avait suggéré leur manque de connaissances concernant la dysphagie et les comportements adaptés à l'alimentation des patients non autonomes (Pelletier C, 2004). Cette étude, portant sur 20 aides-soignantes, a consisté en 3 étapes : observation par une orthophoniste d'un repas donné par chaque aide-soignante participante avec remplissage d'une grille d'observation, discussion critique autour d'un film sur l'alimentation d'un patient par une aide-soignante, entretien semi dirigé sur les connaissances, la formation initiale et les pratiques professionnelles concernant le repérage des signes de dysphagie et l'aide aux repas.

Les éléments recueillis suggéraient que 34% seulement des participantes connaissaient les signes et symptômes de dysphagie. Les signes les moins connus étaient la voix mouillée et le hémage, ce qui rejoint, pour la voix mouillée, les observations de notre travail sur la méconnaissance de ce signe comme marqueur d'une potentielle dysphagie.

Cette étude rapportait également que les aides-soignantes exprimaient un besoin en formation complémentaire concernant les troubles de la déglutition et l'aide aux repas des patients. Cela rejoint également les éléments recueillis par le biais de notre questionnaire d'enquête, où les professionnels déclaraient en majorité être intéressés par une formation sur cette thématique. Les conclusions de cette étude de 2004 mettaient en exergue l'importance de la formation continue des aides-soignantes et le rôle de l'orthophoniste dans cette formation, mais également dans la formation initiale, car il est bien plus difficile de faire changer des pratiques adoptées depuis des années plutôt que d'induire un comportement adapté dès le diplôme obtenu. Cependant, cette étude n'avait pas abouti à la mise en œuvre d'une action d'information ou de formation concrète, et ne concernait que les aides-soignantes.

Une étude intitulée « La prise en charge des troubles de la déglutition en EHPAD » (Guedj Rouah A, 2013) réalisée en 2013 auprès de médecins coordonnateurs d'EHPAD (20 répondants) suggéraient que 10% seulement des répondants déclaraient réaliser un dépistage des troubles de la déglutition, et qu'un bilan était réalisé par un orthophoniste en cas de suspicion d'un trouble de la déglutition dans 50% des cas seulement. 60% déclaraient que des formations aux troubles de la déglutition étaient données auprès du personnel soignant.

Les chiffres importants de prévalence de la dysphagie en établissements gériatriques (Sura L et al, 2012) ont amené les équipes à travailler sur cette thématique ces dernières années.

Des initiatives de formation du personnel soignant en Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes (Boutoulle C, 2014) et de mise en place de protocoles de dépistage et de prise en charge se multiplient sur le terrain. Les orthophonistes sont de plus en plus sollicités pour participer aux réflexions, former les professionnels, réaliser les évaluations, participer aux recommandations d'adaptations, mettre en pratique une démarche de réhabilitation. Dans la région Nord Pas-de-Calais, nous pouvons citer notamment le cas du Centre Médical des Monts de Flandre (EPSM des Flandres, Bailleul), qui accueille essentiellement des patients atteints de démences de type Alzheimer et apparentées, chez qui les troubles de la déglutition sont fréquents. Des sessions de formation auprès de l'ensemble du personnel ont été mises en place par les orthophonistes libéraux intervenants au sein de la structure, les textures alimentaires proposées ont été adaptées grâce à la collaboration des personnels soignants, du diététicien, des orthophonistes et du chef cuisinier.

## **.6.Perspectives**

Il serait intéressant de poursuivre ce travail en accompagnant les structures HAD participantes dans la mise en place d'un protocole de prise en charge des troubles de la déglutition du patient âgé :

- Dépistage des troubles,
- Processus d'alerte des professionnels soignants,
- Déclenchement de la démarche d'évaluation des troubles,
- Définition des éventuelles adaptations,
- Suivi des adaptations...

Pour chacune de ces étapes, définir qui intervient, de quelle manière, avec quels outils... Face à leurs difficultés à trouver des orthophonistes acceptant de réaliser les bilans de déglutition ainsi que la rééducation, il serait intéressant que les structures HAD se constituent un réseau de professionnels libéraux par une démarche de prise de contact téléphonique pour présenter leur structure, leur

fonctionnement et leurs besoins, ainsi que les modalités de collaboration (signature d'une convention, règlement des actes par l'HAD). Cette démarche leur permettrait de « faire connaissance » avec les professionnels de leur secteur et d'identifier les professionnels susceptibles d'intervenir au domicile des patients.

Le médecin généraliste serait également une cible intéressante à toucher pour mieux cerner ses connaissances et ses pratiques professionnelles en matière de dépistage et de prise en charge des troubles de la déglutition chez la personne âgée. La difficulté de la démarche serait de mobiliser une population d'étude suffisante. Une façon de les toucher serait peut-être de passer par le biais des Unions Régionales de Professionnels de Santé (URPS).

Enfin, au regard de l'accueil et de la satisfaction exprimée suite aux sessions d'informations réalisées dans le cadre de notre travail, le support d'information utilisé pourrait servir de base à la mise en œuvre de formations auprès des infirmiers et aides-soignants intervenants à domicile (autres HAD, Services de Soins Infirmiers A Domicile). Les résultats de la phase d'état des lieux suggèrent que le besoin en formation est plus important chez les profils aides-soignants, bien plus concernés par l'alimentation de par leur rôle dans l'assistance à l'hygiène et aux gestes du quotidien. La question du contenu de la formation initiale des soignants issus de ces filières serait intéressante à évaluer auprès des instituts de formation.

Dans ce travail, nous avons choisi d'agir auprès des professionnels de soins dans l'objectif de les sensibiliser à leur rôle auprès des patients âgés dysphagiques.

Il serait également intéressant de mener un travail similaire auprès des auxiliaires de vie sociale, particulièrement impliquées dans l'alimentation des personnes âgées à domicile, et pour lesquelles se pose la question du contenu de leur formation initiale en matière d'alimentation, d'aide aux repas et de repérage des signes de dysphagie. Selon le site du Ministère des Affaires Sociales et de la Santé, il y avait en France en 2011, 333 000 Auxiliaires de Vie Sociale, et ce chiffre ne fera que croître avec le vieillissement de la population.

Une autre démarche intéressante serait de proposer une action de prévention auprès des associations de patients ou d'aidants afin de toucher les aidants naturels des patients à risques de développer un trouble de la déglutition (ex : France

Alzheimer, France Parkinson, Association Française des Aidants...). En effet, ils jouent un rôle important dans le repérage des signes, et dans la mise en place des adaptations prescrites au patient. Leur implication est souvent très importante dans le quotidien de leur proche âgé dépendant, et ils sont considérés comme des partenaires de soins. Ils sont de plus en plus nombreux et représentaient 1 actif sur 12 en 2010 (Source : panel des aidants familiaux – BVA/Fondation Novartis). Pour autant, sont-ils bien informés des gestes importants et des signes à repérer en matière d'alimentation ? Les principaux enseignements issus du panel des aidants familiaux mettaient en évidence que 50% des aidants interrogés (sur 1023 répondants) exprimaient des attentes en matière de formation pour accompagner leur proche malade plus efficacement, et 54% exprimaient leur besoin en formation aux gestes essentiels de soins.

Enfin, des actions seraient également à envisager auprès des patients âgés à risque de développer un trouble de la déglutition ou dysphagiques eux-mêmes et de leurs proches.

Selon la définition de l'OMS, « l'éducation thérapeutique a pour but d'aider les patients à acquérir ou maintenir les compétences dont ils ont besoin pour gérer au mieux leur vie avec une maladie chronique. Elle fait partie intégrante et de façon permanente de la prise en charge du patient. Elle comprend les activités organisées, y compris un soutien psychosocial, conçues pour rendre les patients conscients et informés de leur maladie, des soins, de l'organisation et des procédures hospitalières, et des comportements liés à la santé et à la maladie.

Cette démarche a pour finalité de permettre aux patients (ainsi qu'à leur famille) de mieux comprendre leur maladie et leurs traitements, à collaborer avec les soignants et à assumer leurs responsabilités dans leur propre prise en charge afin de les aider à maintenir et améliorer leur qualité de vie. »

L'éducation thérapeutique du patient sur la thématique des troubles de la déglutition pourrait avoir un impact sur la compréhension et la connaissance des troubles dysphagiques pour le patient, et pourrait permettre d'obtenir une meilleure adhésion des patients aux adaptations qui peuvent leur être proposées. Un programme d'éducation thérapeutique auprès des personnes âgées dysphagiques a suggéré un impact positif sur la qualité de vie et le changement de comportement de ces patients (Pronost L, 2011).

Dans la région Nord Pas-de-Calais, l'une des HAD participant à notre étude (HAD Santély), a développé un programme d'éducation thérapeutique du patient parkinsonien en collaboration avec le CHRU de Lille. Ce programme, nommé EDUPARK, comporte un atelier de groupe consacré aux troubles de la déglutition animé par une orthophoniste et une diététicienne. La particularité de ce programme est que certaines séances d'éducation thérapeutique ont lieu à l'hôpital et d'autres ont lieu au domicile des patients. Il est également proposé au Centre Hospitalier de Lens dans le cadre de la mutualisation des programmes organisée par l'Agence Régionale de Santé.

La mise en place d'un programme d'éducation thérapeutique sur les troubles de la déglutition pourrait s'envisager en HAD auprès des patients âgés à risque de développer un trouble de la déglutition ou dysphagiques.

Nous pourrions également envisager l'intégration d'ateliers sur la déglutition au sein de programmes existants sur des pathologies à risque de développer un trouble de la déglutition.

Dans chacune des perspectives évoquées, le rôle et la place de l'orthophoniste sont prépondérants en tant qu'expert et rééducateur de la déglutition.

Il peut agir en tant que formateur des professionnels ou des aidants, dans la conception et la participation à des programmes d'éducation thérapeutique du patient, dans la réflexion avec les autres professionnels sur la mise en place de protocoles de dépistage et de prise en charge des troubles de la déglutition, et bien sûr en tant que professionnel de santé impliqué dans le diagnostic, la prise en charge des troubles de la déglutition et la coordination des soins.

# Conclusion

Notre travail a permis de mettre en évidence plusieurs éléments :

- Les professionnels de soins des structures HAD se sentent concernés par la thématique des troubles de la déglutition du patient âgé,
- Le médecin n'est pas systématiquement identifié comme partenaire de la prise en charge,
- Une évaluation des troubles par un orthophoniste n'est pas systématiquement réalisée,
- Des adaptations sont préconisées par mesure de précautions sans qu'une évaluation fine du trouble n'ait eu lieu.

Néanmoins, le besoin en information / formation est exprimé par la majorité des professionnels, ce qui suggère leur intérêt pour ce sujet.

La satisfaction exprimée en retour des sessions d'information réalisées, notamment sur l'adéquation entre les éléments présentés et leurs problématiques, l'utilité des supports utilisés et remis, ainsi que l'impact potentiel sur leurs pratiques témoigne de la réponse apportée aux besoins exprimés.

Il est évident que nous ne pouvons conclure sur l'impact de notre travail sur d'éventuels changements de pratiques, mais la mission de sensibilisation fixée au départ a été remplie, et ce à une large échelle sur le plan régional.

Dans ce projet, le travail de terrain a été prépondérant. Aller à la rencontre des professionnels pour mieux cerner leurs besoins, la réalité de leur quotidien et ne pas se baser sur ce que l'on croit savoir d'eux, de leurs pratiques, de leur contexte de travail et de leurs priorités de soins constitue un préalable essentiel à la mise en œuvre de toute action de prévention ou d'information / formation adaptée.

La communication, la rencontre de l'autre et la considération de ses besoins, ne font-elles pas partie des fondements de la pratique orthophonique ?

# Bibliographie

- ALLEPAERTS S, DELCOURT S, PETERMANS J (2008). Les troubles de déglutition du sujet âgé : un problème trop souvent sous-estimé. *Revue Médicale de Liège*, 63 : 12 : 715-721.
- BELAFSKY PC, MOUADEB DA, REES CJ, PRYOR JC, POSTMA GN, ALLEN J, LEONARD RJ (2008). Validity and reliability of the Eating Assessment Tool (EAT-10). *Ann Otol Rhinol Laryngol*. 117(12):919-24.
- BEYER I (2009). Dysphagie chez les seniors. Symposium dysphagie du 23 octobre 2009, CHU Brugman, Bruxelles.
- BOUCHON JP (1984). 1+2+3 ou comment tenter d'être efficace en gériatrie? *Rev Prat*, 34 :888-92.
- BOURGEOIS D, BERGER P, HESCOT P, LECLERCQ MH, DOURY J (1999). Oral Health status in 65-74 years old adults in France. *Rev Epidemiol Santé Publique* ;47 :55-9.
- BOUSQUET E, LAUQUE S, ADOUE D, VELLAS B, ALBAEDE JL (1997). Vieillissement avec succès : données actuelles. *L'année gériatrique 1997, Vieillir avec succès*. 9-32. Serdi Publisher. Paris.
- BOUTOULLE C (2014). *Les effets d'une formation sur le dépistage, la prévention et la prise en charge des troubles de la déglutition au sein d'un EHPAD*. Mémoire pour l'Obtention du Certificat de Capacité en Orthophonie. Université d'Amiens.
- CARNABY-MANN G, LENIUS K. (2008). The bedside examination in dysphagia. *Phys Med Rehabil Clin N Am*. 19(4):747-68 [viii].
- CHENEY DM, SIDDIQUI MT, KUHN MA, BELAFSKY PC (2015). The Ability of the 10-item Eating Assessment Tool (EAT-10) to predict aspiration risk in persons with dysphagia. *Ann Otol Rhinol Laryngol*, 124(5): 351-4.
- DARCOURT D (2000). *Vieillissement normal et vieillissement pathologique*. Encycl Méd Chir. Psychiatrie, 37-530-A-10. Editions Scientifiques et Médicales Elsevier SAS. Paris.
- DE GIETER M (2013). Brochure « Les troubles de la déglutition en 10 questions », Brugman Dysphagia Group, CHU Brugman, direction médicale infirmière et paramédicale.
- DE HENNEZEL M (2008). *La chaleur du cœur empêche nos corps de rouiller*, p 65. Paris. Editions Laffont.
- DERYCKE B, RUGLIO V, JEAN C, AUGE C, MISEROTTI V, MENASRIA F, D'ANDREA C, HOUDAIN C, ERGER A, LAFAILLE RONCORONI V, (2011). Détection et prise en charge des troubles de la déglutition chez le sujet âgé hospitalisé : recommandations de bonne pratique.
- DESUTER G (2009). Iatrogénie médicamenteuse chez la personne âgée. Symposium dysphagie du 23 octobre 2009, CHU Brugman, Bruxelles.
- DROUARD E (2014). *La dénutrition du sujet âgé. Conseils apportés par le pharmacien d'officine lors de la délivrance des aliments destinés à des fins médicales spécialisées*. Thèse pour l'obtention du diplôme d'état de docteur en pharmacie. Université d'Angers.

- FINIELS H, STRUBEL D, JACQUOT J.M (2001). Les troubles de la déglutition chez le sujet âgé : Aspects épidémiologiques. *La Presse Médicale*, Elsevier Masson, Paris.
- FORSTER A, SAMARAS N, NOTARIDIS G, MOREL P, HUA-STOLZ J, SAMARAS D (2013). Evaluation et dépistage des troubles de la déglutition en gériatrie. *Neurologie Psychiatrie Gériatrie*, 13, 107-116.
- GERARD F.M (2003). L'évaluation de l'efficacité d'une formation. *Gestion 2000*, Vol. 20, n°3, 13-33.
- GROHER M.E, MC KAIG N (1995). Dysphagia and dietary levels in skilled nursing facilities. *Journal the of American Geriatrics Society*, 43: 528-532.
- GUATTERIE M, LOZANO V (1999). Troubles de déglutition après accident vasculaire cérébral : évaluation et prise en charge. *Journal de Réadaptation Médicale*, 19, 3,93-97.
- GUATTERIE M, LOZANO V (2003). Test de capacité fonctionnelle de la déglutition. Actes du congrès européen « Around dysphagia dysarthria dysphonia ». Toulouse.
- GUEDJ ROUAH A (2013). *La prise en charge des troubles de la déglutition en EHPAD : étude descriptive des pratiques professionnelles de médecins coordonnateurs dans 27 EHPAD d'un groupe privé associatif*. DIU Formation à la fonction de médecin coordonnateur d'établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes. Université René Descartes, Paris V.
- JANSEN C, LEURS J (2015). *Etat des lieux de la prise en charge orthophonique des troubles de la déglutition chez l'adulte : analyse comparative des pratiques professionnelles en France métropolitaine*. Mémoire pour l'obtention du Certificat de Capacité en Orthophonie. Université de Lille 2.
- KOHYAMA K, MIOCHE L, BOURDIO P (2003). Influence of age and dental status on chewing behaviour studied by EMG recordings during consumption of various food samples. *Gerodontology*, Vol. 20, p. 15-23. The Gerodontology Society and John Wiley & Sons.
- HORIGUCHI S, SUZUKI Y (2011). Screening test in evaluating swallowing function. *Journal of the Japan Medical Association*, 54(1): 31-34.
- LEGRAIN S (2005). *Consommation médicamenteuse du sujet âgé : consommation, prescription, iatrogénie et observance*. Haute Autorité de Santé.
- LETONTURIER D. (2014). Trouble de la déglutition chez la personne âgée. *Médecine*. Vol. 10, numéro 2, p.65-69.
- MARTEL J (2001). Dysphagie iatrogénique. *Pharmactuel*, vol 34 ; 1 :11-15.
- MEROT C (2010). *L'édenté total et son alimentation*. Thèse pour le diplôme d'état de docteur en chirurgie dentaire. Université de Nantes
- MONEGAT M, SERMET C (2014), La polymédication : définitions, mesures, enjeux. Revue de la littérature et tests de mesure. *Questions d'économie de la santé* n°204. Paris. IRDES.
- NIGHTINGALE JM, WALSH N, BULLOCK ME, WICKS AC (1996). Three simple methods of detecting malnutrition on medical wards. *Journal of the Royal Society of Medicine*; 89:144-148. Leicester, England.
- O'LOUGHLIN G, SHANLEY C (1998). Swallowing problems in the nursing home : a novel training response. *Dysphagia*, 13: 172-183.

- PELLETIER C (2004). What do certified nurse assistants actually know about dysphagia and feeding nursing home residents? *American Journal of Speech Language Pathology*. Vol 13; 99-113.
- PRONOST L (2011). *Impact d'un programme spécifique d'éducation thérapeutique du patient sur la qualité de vie des personnes âgées dysphagiques*. Mémoire pour l'obtention du Certificat de Capacité en Orthophonie. Université de Bordeaux SEGALLEN.
- PUISIEUX F, d'ANDREA C, BACONNIER P, BUI-DINH D, CASTAINGS-PELET S, CRESTANI B, DESRUES B, FERRON C, FRANCO A, GAILLAT J, GUENARD H, HOUSSET B, JEANDEL C, JEBRAK G, LEYMARIE SELLES A, ORVOEN FRIJA E, PIETTE F, PINGANAUD G, SALLE JY, STRUBEL D, VERNEJOUX JM, DE WAZIERES B, WEIL ENGERER S (2009). Troubles de la déglutition de la personne âgée et pneumopathies en 14 questions réponses. *Rev Mal Respir*; 26 : 587 – 605.
- REVOL P, DEVOIZE L, DESCHAUMES C, BARTHELEMY I, BAUDET POMMEL M, MONDIE JM (2008), *Stomatologie gériatrique, Médecine buccale 28-870-B-10*, Paris. Editions Elsevier Masson.
- ROSSO-DEBORD V (23 juin 2010), *Rapport d'information déposé par la commission des affaires sociales de l'Assemblée Nationale, en conclusion des travaux de la mission sur la prise en charge des personnes âgées dépendantes*. Assemblée Nationale. 128 pages, p.44.
- ROWE JW, KHAN RL (1987). Human aging: usual and successful. *Science*. American Association for the Advancement of Science. Jul 10 ; 237(4811) :143-9.
- RUBINSTEIN L.Z, SIU A.L, WIELAND D (1989). Comprehensive Geriatric Assessment : toward understanding its efficacy. *Aging*, Vol. 1 issue 2, 1 :87-98. Springer International Publishing.
- RUGLIO V (2010). Comment dépister et prendre en charge les troubles de la déglutition en EHPAD ? *Journal du médecin coordinateur*, N° 39 ;15-17.
- SERMET C (Mars 1993). *Enquête sur la santé et les soins médicaux 1991-1992. Méthodologie*, Rapport CREDES n°965.
- SERRA-PRAT M, HINOJOSA G, LOPEZ D, JUAN M, FABRE E, VOSS DS, CALVO M, MARTA V, RIBO L, PALOMERA E, ARREOLA V, CLAVE P (2011). Prevalence of oropharyngeal dysphagia and impaired safety and efficacy of swallow in independently living older persons. *Journal of American Geriatric Society*, 59:186-7
- SHIP JA, DUFFY V, JONES JA, LANGMORE S (1996). Geriatric oral health and its impact on eating. *Journal of American Geriatric Society*, 44:456-64.
- SURA L, MADHAVAN A, CARNABY G, CRARY M.A (2012). Dysphagia in the elderly: management and nutritional considerations. *Clinical Interventions in Aging*, 7: 287-298.
- TASTET S, GUATTERIE M, BARAT M (2005). Qualité de vie et dysphagie: impact social et familial. *Kinéréa*, 42 : 27-31.
- WOISARD BASSOLS V, PUECH M (2011). *La réhabilitation de la déglutition chez l'adulte. Le point sur la prise en charge fonctionnelle. 2e édition revue et augmentée*. Editions De Boeck Solal, Paris.

Collège National des Enseignants de Gériatrie (2014). *Gériatrie - Réussir les épreuves classantes nationales – 3<sup>e</sup> édition*. Paris. Editions Elsevier Masson, collection Les Référentiels des Collèges.

Brochure « Repérage et prise en charge du risque de fausses routes alimentaires », version 2 (2014), CH Esquirol. Limoges.

Groupe SFAP/SFGG Soins palliatifs et gériatrie (2007). *Troubles de la déglutition de la personne âgée en situation palliative. Aide à la prise en charge*. Fiche pratique. Travaux conjoints Société Française d'Accompagnement et de soins Palliatifs et de la Société Française de Gériatrie et de Gérontologie. <http://www.sfap.org/system/files/troubles-deglutition-sujet-age-situation-palliative.pdf>.

Sites internet consultés :

[www.fnehad.org](http://www.fnehad.org) (informations sur l'Hospitalisation A Domicile en France, missions, chiffres clés...)

[www.ars.nord-pas-de-calais-picardie.fr](http://www.ars.nord-pas-de-calais-picardie.fr) (consultation des documents sur les politiques de santé en vigueur de la région Nord Pas-de-Calais : Schéma Régional de l'Organisation des Soins, Atlas Régional de Santé, Plan Régional de Santé, Plan Stratégique Régional de Santé, Schéma Régional de Prévention, Détermination dans le Schéma Régional de l'Organisation des Soins du zonage orthophonistes libéraux...)

[www.bva.fr](http://www.bva.fr) (Panel national des aidants familiaux BVA/Fondation Novartis : Principaux enseignements)

# Liste des annexes

**Liste des annexes :**

**Annexe n°1 : Liste des classes médicamenteuses ayant un effet sur la déglutition.**

**Annexe n°2 : Echelle EAT-10.**

**Annexe n°3 : TCFD.**

**Annexe n°4 : Document de présentation du projet remis à chacune des structures HAD contactées.**

**Annexe n°5 : Questionnaire d'enquête auprès des professionnels de soins en hospitalisation à domicile.**

**Annexe n°6 : Exemple de synthèse personnalisée des résultats d'enquête transmis aux différentes structures d'hospitalisation à domicile.**

**Annexe n°7 : Calendrier détaillé du projet.**

**Annexe n°8 : Support d'information utilisé auprès des professionnels de l'hospitalisation à domicile.**

**Annexe n°9 : Documents remis aux professionnels lors des sessions d'information réalisées.**

**Annexe n°10 : Questionnaire d'évaluation distribué aux professionnels de l'hospitalisation à domicile en fin de chaque session d'information.**

**Annexe n°11: Attestation de formation sur la pratique clinique en déglutition.**