



MEMOIRE

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

Charlotte JAUNASSE

soutenu publiquement en juin 2018 :

**Création d'un outil de prévention des troubles de
la déglutition destiné au personnel en EHPAD
Reportage photographique**

MEMOIRE dirigé par :

Séverine LABOUE, Directrice d'hôpital, Groupe Hospitalier Loos-Haubourdin, Loos
Christophe TESSIER, Orthophoniste au CHU Pontchaillou et en libéral, Rennes

« Manger c'est se rassembler, partager, désirer, voir, sentir, saliver, goûter »

J. -Y. Salle, J. -P. Lissandre, A. Morizio, F. Bouthier-Quintard, J. -C. Desport

Remerciements

Je tiens premièrement à remercier mes deux promoteurs de mémoire Christophe Tessier et Séverine Laboue qui ont accepté de m'accompagner, de me conseiller et de m'aider tout au long de ce travail. Merci aussi à Xavier Cormary, lecteur de ce mémoire, de m'avoir aidé à affiner mes pistes de travail.

Je remercie également les EHPAD, les directeurs et les cadres de ces établissements ainsi que l'ensemble du personnel d'avoir accepté de participer à l'étude faisant l'objet de mon mémoire :

- EHPAD de Rochefort-en-Terre (56)
- EHPAD de La Gacilly (56)
- EHPAD Jean de Luxembourg à Loos (59)
- EHPAD de Pipriac (35)
- Les maisons du Lac à Vannes (56).

Je suis également reconnaissante envers tous les orthophonistes m'ayant épaulée dans les divers établissements ainsi que ceux m'ayant transmis de précieux conseils tout au long de la réalisation de mon mémoire : Marie Couroussé, Catherine Airiau, Morgane Dilosquer, Jane Gac-Louarn, Maxime Bizot, Sophie Colomier et Marie-Laure Simon.

Merci aussi au réseau ROLAND qui m'a permis d'assister à une formation.

Pour finir, un grand merci à mes parents, tout particulièrement à mon papa, ainsi qu'à mes amies (Mélanie, Justine & Justine, Léa, Célia, Camille et Marion) pour leur implication, leurs conseils et leurs relectures.

Résumé :

La dysphagie (trouble de la déglutition) est la difficulté pour former puis déplacer un bolus alimentaire, en toute sécurité, de la bouche vers l'œsophage. Sa prévalence chez les personnes âgées institutionnalisées s'élève au-delà de 60 %. L'ensemble du personnel en établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD) ne semble pas suffisamment informé sur cette problématique récurrente. L'objectif de ce mémoire était de mener une action de prévention concernant la dysphagie, au sein de quatre EHPAD bretons et un du Nord, puis d'instaurer un outil qui transmettrait les informations essentielles dans les services. Cent onze professionnels de ces établissements ont répondu à une étude préliminaire afin de réaliser un état des lieux des connaissances concernant la dysphagie et de préparer l'intervention préventive. Suite à cela, un reportage photographique a été mené, en partenariat avec le personnel, pour personnaliser l'outil de prévention. D'après la première enquête, il semblerait que 60 % du personnel se sente insuffisamment formé aux troubles de la déglutition. Par ailleurs, le recours à un orthophoniste face à ces difficultés paraît peu répandu. Lors d'une deuxième enquête, suivant la session d'information, les professionnels présents ont indiqué apprécier ce temps et être demandeurs de ce type de présentation. L'affiche de prévention installée dans les services permet de faciliter le dépistage et la prise en charge de la dysphagie. Nous n'avons pas assez de recul pour affirmer que l'outil créé entraînera une diminution des troubles de la déglutition, cependant il permet d'améliorer la pratique clinique du personnel au regard de ces troubles.

Mots-clés :

Gériatrie, prévention, déglutition, personne âgée, Établissement d'Hébergement pour Personnes Âgées Dépendantes (EHPAD)

Abstract :

Dysphagia (swallowing disorder) is the difficulty to form and move the food from the mouth to the esophagus in a safely way. For the institutionalized old people, the census is reaching more than 60%. In the accommodation facilities for dependent elderly people (EHPAD), all staff do not seem to be informed enough about this recurrent problem. This thesis's purpose was to lead a prevention campaign about dysphagia within four EHPAD in Britany in one in North of France. The action was also to set a tool up in order to transmit essential information to the different departments. In total, one hundred and eleven of these people answered the preliminary survey which assessed their knowledge about dysphagia and prepared the future intervention. Following this, a photographic report took place with the staff in order to personalize the prevention tool. According to the first survey, 60% of the working people feel that they did not receive an accurate formation about swallowing disorders. Furthermore, calling a speech therapist out is not really prevalent. Another survey conducted after the information session highlighted that the staff enjoyed the presentation and is willing to take part to more of it. The prevention poster displayed in the different departments enable to spot and to care about dysphagia. Today we don't have the necessary hindsight to affirm that the created tool will decrease the number of swallowing disorders, however it allows to improve the staff's behavior regarding these troubles.

Keywords :

Geriatric, prevention, swallowing, old people, EHPAD

Table des matières

Introduction.....	1
Contexte théorique, buts et hypothèses.....	2
1. Contexte théorique.....	2
1.1. Physiologie de la déglutition.....	2
1.1.1. Les différentes phases de la déglutition.....	2
1.1.2. La commande neurologique de la déglutition.....	3
1.2. Physiopathologie de la déglutition chez les personnes âgées.....	3
1.2.1. Les causes fréquentes de dysphagie oropharyngée (DO) chez la personne âgée.....	3
1.2.2. La prévalence des troubles de la déglutition chez les personnes âgées.....	4
1.2.3. Les symptômes spécifiques de la dysphagie oropharyngée (DO).....	5
1.2.4. Les symptômes aspécifiques de la dysphagie oropharyngée (DO).....	5
1.2.5. Les facteurs de risque.....	5
1.2.6. Les corrélations.....	5
1.3. Le vieillissement de la déglutition.....	6
1.3.1. Le vieillissement des fonctions associées à la déglutition.....	6
1.3.2. La presbyphagie.....	6
1.4. L'évaluation et le diagnostic de la dysphagie.....	7
1.4.1. Le dépistage clinique.....	7
1.4.2. L'évaluation clinique.....	7
1.4.2.1. L'examen clinique général.....	8
1.4.2.2. L'évaluation instrumentale.....	8
1.4.3. Le bilan orthophonique.....	8
1.4.3.1. L'examen clinique local.....	9
1.4.3.2. L'essai alimentaire.....	9
1.5. Le traitement de la dysphagie en EHPAD.....	10
1.5.1. Les aménagements et adaptations.....	10
1.5.1.1. L'environnement.....	10
1.5.1.2. L'installation.....	10
1.5.1.3. L'aide humaine.....	10
1.5.1.4. L'adaptation du matériel.....	11
1.5.1.5. Les textures alimentaires et d'hydratation.....	11
1.5.2. La rééducation orthophonique.....	12
1.5.3. Les autres intervenants de l'accompagnement et de la prise en charge de la dysphagie en EHPAD.....	12
2. Buts et hypothèses.....	13
Méthode.....	14
1. Questionnaire d'investigation.....	14
2. Intervention sur les troubles de la déglutition dans les EHPAD.....	15
2.1.1.1. Mise en situation n°1.....	15
2.1.1.2. Mise en situation n°2.....	15
2.1.1.3. Mise en situation n°3.....	15
2.1.1.4. Mise en situation n°4.....	15
3. L'outil de prévention des troubles de la déglutition.....	16
3.1. Conception en partenariat avec certains membres du personnel.....	16
3.2. Mise en place de l'outil dans les services.....	16
Résultats.....	17
1. Questionnaire d'investigation.....	17
2. Intervention sur les troubles de la déglutition dans les EHPAD.....	20
3. Outil de prévention.....	21

Discussion.....	24
1. Analyse des résultats.....	24
1.1. Interprétation des résultats obtenus au questionnaire d’investigation.....	24
1.2. Interprétation des résultats concernant l’intervention sur les troubles de la déglutition.....	26
1.3. Interprétation des résultats concernant l’outil de prévention.....	27
2. Implications théoriques et pratiques.....	28
3. Limites de l’étude.....	28
4. Poursuite de l’étude.....	29
Conclusion.....	30
Bibliographie.....	31
Liste des annexes.....	34
Annexe n°1 : questionnaire d’investigation.....	34
Annexe n°2 : lettre d’information concernant le questionnaire d’investigation.....	34
Annexe n°3 : résultats du questionnaire d’investigation.....	34
Annexe n°4 : questionnaire d’évaluation de l’intervention de prévention.....	34
Annexe n°5 : résultats du questionnaire d’évaluation de l’intervention de prévention.....	34
Annexe n°6 : exemple d’une affiche de prévention.....	34
Annexe n°7 : exemple d’un questionnaire d’évaluation de l’affiche de prévention.....	34
Annexe n°8 : attestation de droit à l’image.....	34

Introduction

La déglutition est un processus mécanique qui permet le transport des aliments, des liquides et de la salive de la cavité buccale jusqu'à l'estomac tout en protégeant les voies aériennes inférieures (Vandermeiren, 2017). Elle permet également d'éliminer les sécrétions rhinopharyngées, trachéales et salivaires. Cette fonction est active lors de l'alimentation, mais également tout au long du cycle veille-sommeil permettant ainsi la gestion du flux salivaire. En participant à la bonne réalisation de la nutrition et de la respiration, la déglutition a une fonction vitale.

Les troubles de la déglutition sont fréquents chez les personnes âgées et ce pour diverses raisons. Ils peuvent provenir d'une atteinte des structures anatomiques du carrefour aérodigestif, de certaines pathologies telles que des troubles neurologiques entravant le contrôle de la séquence motrice (accident vasculaire cérébral (AVC), maladie neurodégénérative), d'un mauvais état bucco-dentaire ou de reflux gastro-œsophagiens. En 2017, des auteurs ont défini la dysphagie comme « toute perturbation du processus de déglutition » (Rinki Varindani Desai, 2017). La dysphagie oropharyngée (que nous appellerons DO) est une difficulté pour former ou pour déplacer le bolus alimentaire en toute sécurité de la cavité buccale vers l'œsophage (Cook & Kahrilas, 1999). Elle est classée parmi les affections digestives dans la Classification Internationale des Maladies de 2010 (ICD-10, 2011). La dysphagie peut entraîner de nombreuses complications telles que la malnutrition et la déshydratation ainsi que des complications respiratoires (Rinki Varindani Desai, 2017).

En France en 2015, 10 % des personnes âgées de plus de 75 ans et 33 % de celles âgées de plus de 90 ans vivaient en EHPA (Établissement d'Hébergement pour Personnes Âgées) (Muller, 2017). Le nombre de résidents ne cesse de s'accroître depuis la réforme de tarification de 1990 ainsi que divers plans de santé publique (Muller, 2017). Plus de 80 % de ces personnes vivent en EHPAD (Établissement d'Hébergement pour Personnes Âgées Dépendantes) (Muller, 2017). Les résidents sont entourés et accompagnés par du personnel de diverses professions. La prévalence des troubles de la déglutition chez les personnes institutionnalisées s'élève à plus de 60% (Lai Rofes et al., 2011) et ce risque est souvent sous-évalué car les EHPAD n'ont pas toujours les ressources internes nécessaires. Par conséquent, nous émettons l'hypothèse que le diagnostic clinique, la rééducation et l'adaptation des textures de manière adéquate ne sont pas assez développés. Par ailleurs, en 2003, le Comité des Ministres du Conseil de l'Europe a reconnu une corrélation entre la dysphagie et la malnutrition. Il est donc recommandé d'améliorer le diagnostic et le traitement de la malnutrition chez les patients atteints de dysphagie oropharyngée. Manger est un acte vital et un acte de plaisir, mais pour qu'il le reste, il faut en assurer sa sécurité.

L'objectif de notre travail est donc de réaliser un état des lieux des connaissances sur la déglutition et ses troubles auprès des professionnels en EHPAD. L'hypothèse générale est que les personnels d'EHPAD ressentent un manque de formation concernant la dysphagie et qu'ils sont en demande de connaissances supplémentaires. Ces derniers sont donc dans l'attente d'informations afin d'améliorer leur pratique ainsi que la qualité de vie des résidents. Afin de vérifier cette hypothèse, des questionnaires ont été envoyés dans cinq EHPAD (quatre en Bretagne et un dans le Nord) afin de préparer une action de prévention avec les orthophonistes intervenant dans ces

établissements ainsi que de mettre en place une affiche de prévention dans les services de ces structures. Des formations et des actions de prévention des troubles de la déglutition existent déjà dans certains établissements. Cependant, afin de réduire au maximum ces difficultés et d'en améliorer le repérage, il nous semble nécessaire d'accroître ce type d'action. En effet, une prise en charge efficace de ces troubles se doit d'être pluridisciplinaire (Allepaerts, Delcourt, & Petermans, 2008).

Nous aborderons d'abord le contexte théorique dans lequel s'inscrit ce travail, à savoir, la physiologie et la physiopathologie de la déglutition ainsi que l'évaluation, le diagnostic et le traitement de la dysphagie en EHPAD. Nous montrerons ensuite l'intérêt des actions de prévention orthophonique concernant ce trouble. La méthodologie adoptée dans cette étude ainsi que les résultats obtenus et une analyse générale de ce travail seront développés à partir des objectifs et hypothèses définis en amont.

Contexte théorique, buts et hypothèses

1. Contexte théorique

Afin de bien comprendre le contexte dans lequel a été réalisé ce travail, nous rappellerons premièrement les éléments théoriques permettant de comprendre le mécanisme de déglutition dans son ensemble ainsi que les dysfonctionnements pouvant surgir chez la personne âgée. Nous aborderons également la prise en charge pluridisciplinaire de la dysphagie en EHPAD ainsi que le rôle de l'orthophoniste dans ce cadre.

1.1. Physiologie de la déglutition

1.1.1. Les différentes phases de la déglutition

La déglutition est une série d'actions motrices et sensitives successives très rapide qui dure entre 600 et 1000 millisecondes chez les personnes en bonne santé (Jean, 2001). Ce processus peut être décrit en trois phases séquentielles (Allepaerts, Delcourt, & Petermans, 2008) :

-Lors de la phase orale, volontaire, un bolus homogène est créé par mastication. Il est recueilli au centre de la langue et est maintenu en bouche grâce à la fermeture des lèvres qui évite le bavage et au voile du palais qui empêche un passage prématuré des aliments vers le pharynx. Le bol alimentaire est ensuite dirigé vers la partie postérieure de la cavité buccale par une élévation linguale (Baijens et al., 2016).

-Lors de la phase pharyngée, automatique et réflexe, le bolus est transporté du pharynx au sphincter supérieur de l'œsophage. Le palais mou s'élève pour fermer le nasopharynx et prévenir les régurgitations nasales. L'os hyoïde remonte, ce qui entraîne l'élévation du larynx, tandis que l'épiglotte s'abaisse pour fermer le larynx et protéger les voies aériennes. La base de langue entre en contact avec la paroi pharyngée en même temps que l'os hyoïde s'avance. Ces mouvements coïncident avec la relaxation du muscle crico-pharyngien et l'ouverture du sphincter supérieur de l'œsophage. Les cordes vocales et les bandes ventriculaires sont fermées (Baijens et al., 2016).

-La phase œsophagienne, automatique et essentiellement réflexe, débute une fois que le bolus passe à travers le sphincter supérieur de l'œsophage. Le bol alimentaire est déplacé vers l'estomac grâce à des mouvements péristaltiques (Baijens et al., 2016).

1.1.2. La commande neurologique de la déglutition

Les diverses étapes de la déglutition sont assurées par un ensemble de commandes neurologiques à différents niveaux anatomiques. La majorité des muscles impliqués sont commandés par le tronc cérébral (Allepaerts et al., 2008). La région pontique permet la transmission des influx nerveux, les centres bulbaires contrôlent les mécanismes de déglutition et les noyaux gris centraux en assurent l'automatisme en collaboration étroite avec le cervelet et les autres niveaux de commande de la fonction de déglutition (Allepaerts et al., 2008). Par ailleurs, six paires de nerfs crâniens interviennent lors de la déglutition : le V (trijumeau) ; le VII (facial) ; le IX (glosso-pharyngien) ; le X (vague) ; une partie du XI (spinal) ; le XII (grand hypoglosse). Ces nerfs permettent l'innervation motrice des muscles masticateurs, des muscles laryngés et la sensibilité des organes en jeu dans la fonction de déglutition (cavité buccale, langue, larynx, épiglotte) (Allepaerts et al., 2008). D'autre part, le cortex cérébral gère les activités volontaires, nécessaires au bon fonctionnement de la déglutition, telles que déglutir, moduler le souffle, réaliser une apnée et tousser (Allepaerts et al., 2008). La représentation des muscles de la déglutition est bilatérale et asymétrique : le côté dominant dans la déglutition n'est pas forcément en lien avec la latéralisation de la personne. Cela permet d'expliquer le fait qu'une atteinte corticale n'entraîne pas forcément de troubles de la déglutition (Allepaerts et al., 2008). Enfin, le système cérébelleux assure la synchronisation et la coordination des mécanismes en jeu dans la déglutition. Il synchronise donc l'ascension laryngée, la fermeture de la glotte et le déclenchement du réflexe de déglutition (Allepaerts et al., 2008).

L'équipe de Pere Clavé a testé l'usage de goûts forts afin d'augmenter l'efficacité de la déglutition. En 2006, une étude japonaise a pu montrer qu'après un mois de stimulation olfactive avec du poivre noir avant chaque repas, l'efficacité de la déglutition de personnes dysphagiques atteintes d'AVC s'améliorait. C. Lloret relève que l'effet de ces stimulations n'est pas corrélé aux préférences alimentaires des sujets dysphagiques. Cela prouve donc que c'est un mécanisme neurologique.

1.2. Physiopathologie de la déglutition chez les personnes âgées

Les troubles de la déglutition prédisposent souvent les patients atteints à la dénutrition, aux infections pulmonaires à répétition, à l'isolement social et à l'atteinte de la qualité de vie de la personne et de son entourage (Baijens et al., 2016).

1.2.1. Les causes fréquentes de dysphagie oropharyngée (DO) chez la personne âgée

Le temps oropharyngé est globalement plus allongé chez la personne âgée, ce qui entraîne un retard de déclenchement de la déglutition. Par conséquent, une hausse des résidus pharyngés et des taux d'inhalations et de pénétrations est constatée. La DO peut provoquer l'entrée de bolus, de liquide ou de salive dans le larynx. Lorsque le bolus reste au-dessus du niveau de la glotte, il est défini comme une pénétration, et quand il se déplace au-dessous des plis vocaux, on parle d'inhalation. La DO chez les personnes âgées est donc liée à une mauvaise efficacité de la déglutition associée à une réduction de la propulsion du bolus. Cette dernière est due à la sarcopénie (diminution de la masse musculaire due à l'âge) et/ou à une insécurité de la déglutition causée par des réflexes de protection retardés (Baijens et al., 2016).

La DO est le plus fréquemment le résultat de la modification physiologique de la déglutition liée au vieillissement, aux accidents vasculaires cérébraux, aux maladies systémiques ou neurologiques. Les causes iatrogènes (intubation, trachéotomie, chirurgie, traitements par rayonnement, utilisation de certains médicaments, ...) peuvent également conduire à une DO (Cook, 2009). Il existe d'autres causes potentielles de dysphagie oropharyngée telles que les altérations structurales (tumeurs, ...) etc.

1.2.2. La prévalence des troubles de la déglutition chez les personnes âgées

La prévalence des troubles de la déglutition chez les personnes âgées autonomes atteint 30 à 40 % et elle s'élève jusqu'à 60 % chez les personnes institutionnalisées (Laia Rofes et al., 2011). La DO remplit les critères définissant un syndrome gériatrique (Baijens et al., 2016).

Les maladies neuro-dégénératives (maladie de Parkinson, maladie d'Alzheimer et autres démences,...), les AVC et les pathologies oto-rhino-laryngologiques sont, entre autres, à l'origine de nombreux troubles de la déglutition chez les personnes âgées (Vandermeiren, 2017). Les orthophonistes ont leur rôle dans la prise en charge de ces personnes quel que soit le stade de la maladie.

Les études réalisées dans le cadre des démences mènent à différents résultats mais l'élément prégnant et commun à chacune d'elle est la fréquence élevée de dysphagie.

-Une méta-analyse, réalisée par Affoo et ses collaborateurs (2013), a montré une prévalence de la dysphagie comprise entre 32 % et 45 % chez les patients présentant la maladie d'Alzheimer. Ce score peut augmenter jusqu'à 84 % à 93 % lorsque les patients sont à un stade modéré à sévère (Affoo, 2014). La prévalence des déficits de la déglutition augmente donc chez les personnes atteintes de démences graves ou avancées.

-Une autre étude, réalisée par Mitchel et ses collaborateurs (2009) à partir de l'observation de 323 résidents au stade de démence avancée en maison de repos sur une période de 18 mois, a révélé que la probabilité d'avoir des problèmes alimentaires, y compris des troubles de la déglutition, était de 85,8%.

-Crary et ses collaborateurs (2012) ont démontré que jusqu'à 45% des patients atteints de démence dans les foyers de soins présentaient un certain niveau d'altération de la déglutition.

-Les patients atteints de la maladie de Parkinson ont une déglutition plus lente que les personnes saines. Cela est dû à la réduction de leurs capacités motrices. Une cohorte française réalisée par Perez-Lloret et ses collaborateurs (2012) a pu montrer que 20% des personnes atteintes de la maladie de Parkinson souffraient de dysphagie, parfois même associée à une dysarthrie et/ou à une sialorrhée. « Plus le stade de la maladie est avancé, plus la prévalence de dysphagie est élevée » (Baijens et al., 2016).

Smithard et ses collaborateurs (1997), ont effectué une étude sur 121 patients ayant subi un AVC dans les dernières 24 heures. Ils ont montré que l'incidence de la DO et les risques de pneumopathie d'inhalation passaient de 51 % en stade aigu à 15 % un mois après l'AVC. Les problèmes de déglutition sont donc fréquents : environ 30 % suite à un AVC mais peuvent se résorber assez rapidement (Cabre et al., 2010). Cependant, il a été démontré que six mois après l'accident, la dysphagie peut persister dans environ 7% des cas, voire même se développer à distance.

1.2.3. Les symptômes spécifiques de la dysphagie oropharyngée (DO)

Les principaux symptômes spécifiques sont un bavage, des difficultés de mastication, des résidus buccaux, une toux avant, pendant et/ou après la déglutition, un reflux nasal, des modifications de la voix (voix mouillée), des blocages, ... Ils permettent de localiser la cause du trouble (Allepaerts et al., 2008).

1.2.4. Les symptômes aspécifiques de la dysphagie oropharyngée (DO)

Les symptômes aspécifiques sont les retentissements organiques et sociaux dus aux troubles de la déglutition. Ils donnent une idée de la gravité du trouble. Sur le plan organique, on constate souvent une altération de l'état général avec une perte de poids et des infections broncho-pulmonaires répétées. Ces dernières peuvent être le signe de fausses routes silencieuses lorsque le réflexe de toux est amoindri (Vandermeiren, 2017). Socialement, on peut fréquemment noter une modification du déroulement des repas avec un allongement de ces derniers, le refus de certains aliments et une adaptation des textures. Il n'est donc pas rare que les patients perdent le plaisir de manger voire appréhendent les repas, ce qui peut rapidement conduire à l'isolement social (Allepaerts et al., 2008).

1.2.5. Les facteurs de risque

La DO est étroitement liée à l'âge, à la capacité fonctionnelle, à la fragilité du patient, à la polymédication et à la multimorbidité (Carrion et al., 2015). Selon Langmore, les premiers facteurs de risque de développer une pneumopathie d'inhalation sont la dépendance pour manger (41%), pour les soins de bouche (40%) ainsi que le nombre de dents abîmées (34%). De plus, beaucoup de personnes âgées ignorent le dysfonctionnement de leur déglutition et ce risque n'est pas à négliger (Clavé et al., 2012). Une étude japonaise (Takeshi Kikutani et al., 2012) a montré que la perte de l'occlusion dentaire multipliait par 1,7 le risque d'asphyxie et que la dépendance pour manger le multipliait par 3,1.

D'après une étude de Cabre et ses collaborateurs (2010), la DO est plus fréquente chez les personnes âgées hospitalisées ayant des déficiences cognitives ou fonctionnelles que chez les personnes âgées autonomes ayant des déficiences fonctionnelles ou de la mobilité (Serra-Prat et al., 2011).

1.2.6. Les corrélations

Des complications gériatriques courantes, comme la sarcopénie, contribuent à la dysphagie (Robbins, 1999). Cabre et ses collaborateurs ont démontré en 2010 que la DO était associée à un risque de mortalité. En 2014, les mêmes chercheurs ont identifié la DO comme étant un facteur de risque de pneumopathie d'inhalation chez les personnes âgées, qui peut entraîner de graves complications.

Chez les personnes de moins de 60 ans, elle est surtout associée à des pathologies oncologiques et neurologiques, alors que chez les personnes âgées, elle est liée au vieillissement lui-même ou aux AVC et aux maladies neurologiques et neurodégénératives.

1.3. Le vieillissement de la déglutition

1.3.1. Le vieillissement des fonctions associées à la déglutition

Au niveau de la respiration, on constate une augmentation de la durée d'apnée respiratoire durant la déglutition ainsi qu'une diminution de l'efficacité respiratoire et de la capacité à tousser de manière efficace (Puech & Woisard, 2000).

Au niveau de l'odorat, on observe une association de la diminution du seuil de détection des odeurs avec des troubles de discrimination, de dénomination et de mémorisation de celles-ci (Puech & Woisard, 2000).

Au niveau du goût on note une perte physiologique de 60 % des bourgeons du goût, une augmentation des seuils perceptifs d'intensité et un trouble de l'identification des saveurs (salé, sucré puis acide ; le goût amer perdure le plus longtemps). Ceci peut expliquer le désintérêt de certaines personnes âgées pour la nourriture (Puech & Woisard, 2000).

1.3.2. La presbyphagie

La presbyphagie provient du vieillissement naturel entraînant des changements anatomiques, physiologiques, psychologiques et fonctionnels (Vandermeiren, 2017). Ils impliquent une diminution naturelle de la réserve fonctionnelle et des fonctions associées telles que la respiration, la perception olfactive et gustative (Ney, Weiss, Kind & Robbins, 2009). Dans l'ensemble, le temps de transit oral est considérablement prolongé et l'ouverture du sphincter supérieur de l'œsophage est significativement retardée chez les personnes âgées (L. Rofes et al., 2010). Les dysfonctionnements affectent surtout le premier temps de la déglutition.

Au niveau du temps oral, le geste alimentaire est touché avec une diminution de l'habileté motrice responsable de difficultés de mise en bouche et de gestion de l'aliment dans l'assiette. Lors de la préparation du bolus alimentaire on peut noter des difficultés de mastication, des troubles d'insalivation et un défaut de fermeture labiale. La durée de mastication est donc augmentée, l'homogénéité du bolus altérée et l'incontinence salivaire fréquente. Le degré d'efficacité de la mastication dépend de l'importance de l'édentation et de l'adaptation des prothèses. On peut également constater une diminution du mouvement antéro-postérieur de la langue, un défaut de contention postérieur entraînant des fuites prématurées du bolus dans le pharynx et un positionnement trop postérieur du bolus diminuant la durée de la phase orale (Puech & Woisard, 2000).

Au niveau du temps pharyngé, on peut observer un retard de déclenchement du réflexe de déglutition entraînant des stases valléculaires ou des stases dans les sinus piriformes, une diminution du péristaltisme pharyngé et de l'élévation laryngée ainsi qu'un trouble de relaxation du sphincter supérieur de l'œsophage (Puech & Woisard, 2000).

Les conséquences de ces dysfonctionnements sont donc des pénétrations laryngées, une diminution de la durée du transit de la bouche à l'estomac et une augmentation du temps pharyngé auxquelles s'ajoute un trouble du péristaltisme œsophagien. Les symptômes spécifiques à la

presbyphagie sont des difficultés de mastication, un bavage, des stases buccales, des blocages « hauts » ou « bas » ainsi qu'une toux.

1.4. L'évaluation et le diagnostic de la dysphagie

La situation complexe des personnes âgées, due aux changements physiques et anatomiques et à la fréquence élevée de plusieurs syndromes gériatriques, les prédispose à une évaluation gériatrique globale. Cette dernière consiste en un diagnostic interdisciplinaire multidimensionnel ayant pour but de déterminer les capacités médicales, psychologiques et fonctionnelles de la personne afin d'élaborer un plan de traitement et de suivi adapté et coordonné. Le diagnostic de la DO nécessite un dépistage clinique, une évaluation clinique et une évaluation instrumentale. Le pronostic dépend de l'étiologie du trouble, des maladies concomitantes et du bilan de santé initial qui évoque le statut fonctionnel et la présence ou non des troubles cognitifs évolutifs (Allepaerts et al., 2008).

1.4.1. Le dépistage clinique

Le dépistage permet d'identifier les patients à risque dès le début. Il doit être facile à réaliser, rapide et à faible coût afin de pouvoir être réalisé par les infirmiers ou d'autres professionnels de santé sans formation spécifique à la dysphagie. L'important est que chaque accompagnant soit capable de repérer les patients à risque. Malheureusement, faute de formation suffisante, il est fréquent que les troubles de la déglutition ne soient pas identifiés par le personnel (Pouderoux, Jacquot & al., 2001). Le dépistage clinique consiste à sélectionner les patients à risque de DO ayant besoin d'une évaluation clinique et instrumentale. Il existe des questionnaires plutôt fiables permettant le dépistage de la DO : le Eating Assessment Tool (EAT-10) pour les symptômes associés à la DO (L. Rofes, Arreola, Mukherjee, & Clavé, 2014) ou le Deglutition Handicap Index (DHI) validé par Woisard, Andrieux & Puech (2006). Notons néanmoins qu'aucun test de dépistage n'est validé en dehors des tests post-AVC (Martino, Flowers, Shaw, & Diamant, 2013).

Le Viscosity-Volume Swallow Test (V-VST) (Clavé et al. 2008) est un exemple de test de dépistage. Il consiste à faire varier la consistance (nectar, liquide, pudding) et le volume des liquides (5,10, 20 mL). Ce test vise à rechercher les signes d'altération de l'efficacité et de la sécurité de la déglutition. Si on relève un bavage, des stases ou des déglutitions multiples, c'est que l'efficacité est altérée. Si on note la présence d'une toux, une modification de la voix ou une chute de saturation en oxygène de plus de 3 % alors la sécurité n'est pas optimale (Clavé et al. 2008).

1.4.2. L'évaluation clinique

L'évaluation clinique permet d'établir un diagnostic via l'évaluation de la physiopathologie de la déglutition, l'identification des principaux signes et symptômes et le repérage d'une déglutition altérée afin de sélectionner le traitement le plus adapté au patient (Baijens et al., 2016). Elle est effectuée par des spécialistes tels que des médecins, des phoniâtres, des ORL ou des orthophonistes et est répétée régulièrement selon l'évolution des pathologies du patient. Des investigations supplémentaires sont proposées si nécessaire (Martino, Flowers, Shaw, & Diamant, 2013).

1.4.2.1. L'examen clinique général

L'évaluation de la dysphagie est orientée par l'interrogatoire et débute par la mesure du poids, l'inspection de la peau et de la musculature du corps, la recherche d'une pathologie de la sphère cardio-thoracique ou neurologique et l'évaluation de la marche, de la posture et des fonctions cognitives (Allepaerts et al., 2008). Elle est effectuée par un médecin (gériatre, neurologue,...).

1.4.2.2. L'évaluation instrumentale

Elle peut être composée de différents tests aspécifiques tels qu'un bilan biologique (suivi hebdomadaire de la préalbumine et de l'albumine), nutritionnel (bilan des prises hydriques et caloriques per-os, suivi hebdomadaire du poids), une évaluation de la respiration, un examen de l'œsophage et de l'estomac, un scanner cérébral, une radiologie du thorax qui peut être complétée par un scanner thoracique (Allepaerts et al., 2008).

De manière spécifique et orientée par l'interrogatoire et l'examen clinique, il existe différents tests réalisables pour observer de manière plus ou moins précise la déglutition (Forster et al., 2013) :

- L'examen vidéofluoroscopique (radiocinéma) pour déterminer les mécanismes physiopathologiques de la déglutition (gold standard).
- L'exploration nasofibroscopique pour observer le pharynx et le larynx et analyser des essais de déglutition.
- L'échographie pour étudier la structure et les mouvements de la langue, du plancher buccal et de l'os hyoïde.
- La manométrie pour visualiser les sphincters de l'œsophage en cas de dysphagie neurologique ou de pathologies motrices de l'œsophage.

On peut effectuer d'autres examens tels qu'une scintigraphie, une résonance magnétique nucléaire dynamique ou une auscultation cervicale si nécessaire. Tous ces examens sont prescrits par le médecin (généraliste, gériatre, neurologue, oto-rhino-laryngologiste (ORL), ...). L'orthophoniste peut lui-même demander au médecin de prescrire cet examen instrumental complémentaire lorsqu'il a besoin d'informations supplémentaires concernant la déglutition d'un patient.

1.4.3. Le bilan orthophonique

L'anamnèse réalisée auprès du patient, de son entourage et du personnel soignant permet de recueillir des informations concernant les antécédents personnels, médicaux et chirurgicaux du patient, notamment celles concernant les affections neurologiques, ORL, gastro-entérologiques et d'éventuels traitements. La nature du trouble de la déglutition est déterminée par les symptômes, leur mode d'apparition et leur évolution, l'alimentation actuelle, les difficultés lors du repas, et le comportement du patient face à ses troubles (Allepaerts et al., 2008).

1.4.3.1. L'examen clinique local

La sphère oro-faciale sera consciencieusement examinée afin d'observer l'anatomie et d'évaluer l'hygiène buccale, la salivation, la motricité et la sensibilité de la sphère bucco-faciale, les praxies bucco-faciales, la capacité du patient à réaliser des actions volontaires et réflexes (hemmagés, tousser, avaler sa salive) et la qualité de la voix. Cependant, l'examen clinique de la sphère oro-faciale sous-estime la fréquence des inhalations laryngées, il est donc recommandé de le compléter avec une évaluation instrumentale complémentaire réalisée par un médecin ORL (Allepaerts et al., 2008).

L'efficacité de la déglutition est déterminée par la capacité du patient à consommer la quantité nécessaire de calories et d'eau ; sa sécurité est déterminée par sa capacité à consommer toutes les calories et l'eau requises sans complications respiratoires (Clavé et al., 2012). Si la vigilance de la personne et les conditions de sécurité sont estimées suffisantes, le bilan se clôture alors avec des essais alimentaires. Avant de réaliser cet essai, l'orthophoniste incitera tout d'abord la personne à déglutir sa salive afin de rechercher la présence de troubles de la déglutition à la salive.

1.4.3.2. L'essai alimentaire

Afin d'évaluer la déglutition, on propose au patient de déglutir des volumes croissants de textures variées. On commence par un aliment mixé ou une boisson semi-liquide pour aller vers du solide ou du liquide. Pour l'hydratation, par exemple, on débute avec de l'eau gélifiée ou épaissie. Si cela passe bien on teste l'eau gazeuse fraîche puis l'eau plate fraîche. Au préalable, on vérifie que le patient possède un bon état de vigilance et que sa toux est efficiente. Le test à l'eau ou test de la déglutition d'eau Burke 3 oz est simple à réaliser et identifie 80 % des patients ayant des troubles de déglutition. Ce test présente une sensibilité de 76 % et une spécificité de 59 % pour la détection d'aspiration (Baijens et al., 2016). Lors de cette étape, l'orthophoniste peut remplir le COLP-FR-G (Contraintes, temps Oral, temps Laryngé, temps Pharyngé, Fausse Route et Grade) qui est une échelle qualitative (Fargues & Guyon, 2016).

La revue de Bours et ses collaborateurs (2009) ainsi que celle de Kertsher et ses collaborateurs (2014) ont établi des recommandations concernant les tests de déglutition selon les critères de la Collaboration Cochrane. Ils préconisent la réalisation de tests cliniques avec de l'eau (ou d'autres liquides) en mesurant l'oxymétrie pour observer la présence de toux, d'étouffement, de changement de voix ou de désaturation ≥ 3 % et d'utiliser des tests ayant une sensibilité >70 % et une spécificité >60 %. Les méthodes indiquées sont le V-VST et le test de dépistage au lit de Toronto (TOR-BSST). Le V-VST a une sensibilité de 94 % et une spécificité de 88 % pour la DO (L. Rofes et al., 2014). Le TOR-BSST a une sensibilité de 80 à 96 % et une spécificité de 64 à 85 %.

La présence de fausses routes silencieuses n'est pas à négliger. Un tiers des patients dysphagiques aspirent des aliments ou des liquides dans leurs poumons et pour 40 % d'entre eux cela se passe de manière silencieuse (Logemann J., 1983). Afin de détecter ces aspirations silencieuses, la mesure de la saturation d'oxygène à l'aide d'une sonde digitale est recommandée. Si elle diminue de 3 % ou plus, cela signifie qu'il y a eu une aspiration. Cela peut être confirmé à l'aide de l'examen vidéoradioscopique.

1.5. Le traitement de la dysphagie en EHPAD

Le traitement de la dysphagie a pour objectif premier de réduire la morbidité et la mortalité sous-tendues (Vandermeiren, 2017). Les auteurs insistent sur la nécessité d'une intervention orthophonique. La prise en charge vise à garantir un état nutritionnel correct, à prévenir les possibles complications respiratoires et à préserver une qualité de vie convenable pour le patient. La préservation de l'autonomie du résident permet de réduire les risques d'infection pulmonaire et de dénutrition. Le plus important est la qualité de l'environnement alimentaire et la prévention des troubles de la déglutition (Mériaux, 2013; Baulon, 2000).

Les buts recherchés dans l'accompagnement et la prise en charge par la famille et par les équipes médico-soignantes sont :

- un état bucco-dentaire correct ;
- l'adaptation de l'alimentation et de l'hydratation aux besoins du résident ;
- l'installation correcte du résident pour une meilleure gestion du geste alimentaire ;
- la recherche des adaptations du comportement lors de l'alimentation (postures et manœuvres de déglutition) ;
- l'encouragement à l'autonomie ;
- l'aménagement et la gestion du temps des repas.

1.5.1. Les aménagements et adaptations

1.5.1.1. L'environnement

Le lieu du repas doit être calme afin que le résident puisse se concentrer ; il faudra donc veiller à ce que le bruit soit limité. Il faut éviter les distractions durant le repas (ex. conversations, ...) car lorsque la personne parle, elle ne gère plus ce qui se passe dans sa bouche sur le plan de la déglutition. C'est également important d'éteindre la télévision sur les temps de repas. En effet, celle-ci capte toute l'attention du résident et est, bien souvent, placée en hauteur ce qui entraîne inévitablement une extension de la tête ayant une répercussion négative sur la protection des voies aériennes (Vandermeiren, 2017).

1.5.1.2. L'installation

Afin de limiter les risques, le résident doit être installé de la manière la plus sécurisée qu'il soit. Lors des repas, il doit avoir :

- la tête légèrement anté-fléchie et alignée avec les épaules et le bassin ;
- un appui dans le dos et sous les pieds ;
- le dos relevé à 90° (Vandermeiren, 2017).

Si la présence d'un aidant est nécessaire, ce dernier sera installé à hauteur du résident afin d'éviter toute extension cervicale. Si la personne mange au lit, il faudra veiller à relever son buste, (ex. avec un oreiller) et à relever ses jambes afin qu'il ne glisse pas (Mériaux, 2013).

1.5.1.3. L'aide humaine

On pourra encourager le patient, respecter son rythme et faire en sorte que lors des repas, ce soit toujours le même aidant. Si le résident a des difficultés d'initiation de la déglutition, il est

possible de l'aider en lui proposant une seconde cuillerée vide et en exerçant une pression sur la langue ou bien en utilisant la stimulation verbale qui peut s'avérer très efficace (ex. : « avalez fort ! », « 1,2,3, avalez ! », ...).

1.5.1.4. L'adaptation du matériel

On peut utiliser des ustensiles adaptés tels qu'une cuillère à café avec un long manche pour faciliter la mise en bouche ou un verre à encoche nasale bien rempli pour les liquides ce qui permet l'anté-flexion de la tête. L'utilisation d'un verre à bec, d'un verre peu rempli ou d'une bouteille sont donc à proscrire car ils entraînent une extension de la tête (Vandermeiren, 2017).

1.5.1.5. Les textures alimentaires et d'hydratation

Différentes textures sont mises en place pour les aliments et pour les boissons afin d'améliorer la sécurité de la déglutition mais les termes employés varient selon les pays et au sein même de ces derniers. La Standardisation Internationale des Textures Adaptées à la Dysphagie (IDDSI) a publié en 2015 une terminologie standardisée. D'après une revue de littérature effectuée par Steele et ses collaborateurs (2015), cette terminologie est motivée par le fait que :

- l'épaississement aide les personnes qui inhalent des liquides ;
- un liquide trop épais entraîne une accumulation de résidus avec un risque augmenté de fausse route ;
- les solides et les consistances les plus épaisses nécessitent un plus grand effort de mastication et de déglutition.

Le diagramme IDDSI est composé de deux pyramides inversées qui se chevauchent : une pour les aliments et l'autre pour les boissons. A la base de chacune d'elle figure la forme la plus fréquente de l'aliment ou de la boisson. C'est donc la forme la moins modifiée. Lorsqu'on se rapproche du sommet de la pyramide, la modification est de plus en plus importante. Le chevauchement des pyramides signifie que les aliments et les boissons alignés sont considérés comme équivalents en terme d'écoulement (Ruglio et al., 2017).

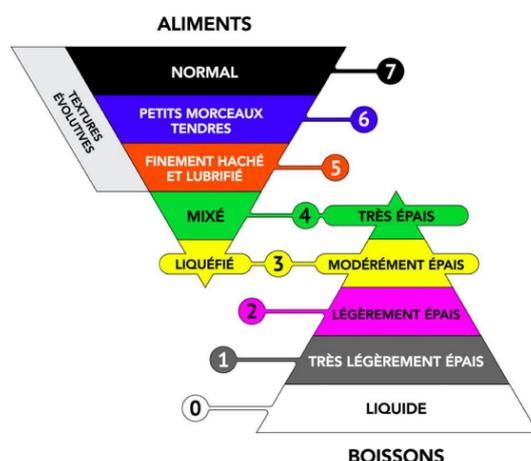


Schéma 1 : Traduction française provisoire du diagramme IDDSI (Ruglio et al., 2017)

En cas de troubles légers, au niveau alimentaire, il faudra privilégier les plats assaisonnés assez chauds et froids qui stimulent le déclenchement de la déglutition. Au niveau de l'hydratation, il faudra préférer l'eau gazeuse fraîche voire aromatisée (Pineau, 2014).

Pour des troubles plus sévères, au niveau alimentaire, il faudra bannir :

- les aliments dispersibles (semoule, riz, pâtes, ...) qui sont difficiles à contrôler ;
- les mélanges de textures (biscottes trempées, vermicelles, jus avec pulpe, ...) qui sont difficiles à gérer ;
- les aliments élastiques et croquants (jambon, salade, ...) en cas de difficultés de la mastication ;
- les aliments secs (biscuits...) et les aliments pâteux et collants (miel, petit suisse, caramels, ...) en cas d'hyposialorrhée.

L'orthophoniste est amené à modifier la texture alimentaire lorsque les troubles de la déglutition s'aggravent (démence, maladie de Parkinson, ...) en évoluant d'une alimentation normale à mixée (purées lisses et homogènes, crèmes, ...) en passant parfois par l'alimentation moulignée (difficultés à mâcher). Il est conseillé de fractionner un maximum les repas lorsqu'ils sont longs et fatigants. Quant aux liquides, ils descendent très rapidement dans le pharynx et doivent être épaissis afin de les ralentir. Cependant, il faut rester vigilant car l'alimentation systématiquement mixée conduit souvent à un désintérêt voire à une aggravation de la dysphagie dus à un manque de stimulation sensorielle. Parallèlement, un travail avec les cuisiniers peut être mené afin d'améliorer la présentation et la diversification des repas en texture modifiée.

1.5.2. La rééducation orthophonique

La rééducation orthophonique nécessite une participation active du patient et peut donc parfois se révéler difficile chez certains patients âgés. Le but de la rééducation est que le patient apprenne à contrôler sa respiration et de « modifier durablement la physiologie de la déglutition ». Pour ce faire, il s'agit d'améliorer la mobilité, la sensibilité et la sensorialité des organes impliqués via une mobilisation active ou passive, des contre-résistances, la répétition de phonèmes et la proprioception, ... (Pouderoux, Jacquot & al., 2001). L'orthophoniste travaille également la mise en place d'un geste de déglutition adapté à travers l'apprentissage de différentes postures facilitatrices (anté-flexion de la tête, rotation de la tête du côté lésé, flexion de la tête du côté sain, ...) et la réduction des risques de fausses routes grâce à différentes manœuvres compensatrices (déglutitions multiples, déglutition supra-glottique, déglutition super-supra-glottique, manœuvre de Mendelsohn, ...).

Selon l'article L4341-1 du code de la santé publique, modifié par la loi n°2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé – article 126, « La pratique de l'orthophonie comporte la promotion de la santé, la prévention [...] ». Le rôle de l'orthophoniste est donc également de faire de la prévention à travers de la guidance et de l'information concernant les mécanismes de déglutition et les risques de troubles de cette fonction. En effet, l'évaluation et la prise en charge des troubles de la déglutition sont essentielles afin de prévenir les pneumopathies d'inhalation (Vandermeiren, 2017).

1.5.3. Les autres intervenants de l'accompagnement et de la prise en charge de la dysphagie en EHPAD

La prise en charge repose essentiellement sur l'aspect pluridisciplinaire et donc sur la coopération et la coordination entre les médecins, le personnel soignant, le patient et sa famille

ainsi que les membres de l'institution où il réside. Les différentes professions sont passées en revue ci-dessous :

-Les aide-soignants, les aides hôteliers (et parfois agents des services hospitaliers) ainsi que les aides médico-psychologiques et les accompagnants éducatifs et sociaux, en collaboration avec l'infirmier, dépistent les signes d'alerte rencontrés au cours de l'alimentation. Ils installent correctement le patient pour les repas et ils veillent à la bonne hygiène buccale et au port des prothèses dentaires (ainsi qu'aux lunettes et prothèses auditives). Ils s'assurent de la bonne mise en place des conseils médicaux et orthophoniques et notent la quantité d'aliments mangés.

-Le kinésithérapeute s'occupe de la fonction respiratoire, il réalise le désencombrement bronchique et peut également parfois agir sur la posture du résident afin de favoriser le maintien de la tête et du tronc.

-L'ergothérapeute veille à l'utilisation optimale des acquis rééducatifs au sein de la vie quotidienne ou bien à une compensation efficace via des aides techniques. Il va aussi travailler sur le plaisir de l'alimentation à travers des situations écologiques telles qu'une sortie au restaurant ou un repas chez des amis.

-Le diététicien évalue l'état nutritionnel et adapte le régime alimentaire du résident en tenant compte des consignes médicales et orthophoniques mais aussi des goûts de la personne. Il doit également faire attention à la faisabilité du régime au sein de l'EHPAD.

-Le psychomotricien peut assurer la détente et l'installation lors de la prise alimentaire. Il travaille également sur les appréhensions en observant les gestes et les réactions au moment des repas (en lien avec le psychologue).

-Le psychologue recherche la présence d'un éventuel syndrome dépressif dû aux changements alimentaires et s'assure de l'acceptation du patient et de son entourage.

-Le personnel de cuisine élabore des menus en tenant compte des capacités de déglutition des résidents, de leurs besoins nutritionnels et des potentiels régimes.

2. Buts et hypothèses

Dans les services en EHPAD, on constate souvent un renouvellement du personnel (Martin & Ramos-Gorand, 2017). Nous avons donc émis l'hypothèse principale que les aidants professionnels ne sont pas suffisamment informés quant aux troubles de la déglutition. L'objectif de notre travail est donc de réaliser un état des lieux des connaissances sur la déglutition et ses troubles auprès des professionnels en EHPAD. Un outil de prévention accessible à l'ensemble du personnel soignant serait ensuite créé. Cette étude devrait permettre de promouvoir le rôle de l'orthophoniste dans la prise en charge de la dysphagie. En effet, ce dernier n'est pas toujours bien connu du personnel. Le but serait donc également d'inciter les médecins intervenant en EHPAD à faire appel à un orthophoniste dès que des difficultés de déglutition sont remarquées chez les résidents, mais également quand il y a un besoin d'échanges cliniques, de mise en place d'actions de prévention et/ou de formations pour le personnel.

Les hypothèses secondaires que nous émettons sont les suivantes :

-Hypothèse 1 : le personnel d'EHPAD ressent un manque de formation concernant la dysphagie ;

-Hypothèse 2 : la mise en place d'actions de prévention dans ces établissements est pertinente ;

-Hypothèse 3 : l'installation d'un outil de prévention visuel et personnalisé à chaque établissement, co-construit avec le personnel, dans les services répond en partie au manque de formation énoncé dans l'hypothèse 1 ;

-Hypothèse 4 : l'outil proposé dans ce travail est adapté au public concerné (facilitation de la transmission des informations nécessaires, impact positif sur la pratique du personnel) et permet l'amélioration de la qualité de vie des résidents ainsi que la réduction des troubles de la déglutition et des complications engendrées chez les résidents.

Méthode

Ce travail a pour but de réaliser un état des lieux des connaissances des troubles de la déglutition par le personnel en EHPAD. La seconde étape de ce travail consiste à créer un outil de prévention, à afficher dans les services, selon les manques et les besoins du personnel. Nous détaillerons dans cette partie la méthode utilisée pour la réalisation de ces objectifs.

Voulant intervenir auprès du personnel en EHPAD, nous avons contacté plusieurs établissements du Morbihan (56) et d'Ille-et-Vilaine (35) par courrier électronique en septembre 2017 afin de leur expliquer le projet de ce mémoire. Les directeurs de trois établissements nous ont accordé un rendez-vous afin que nous puissions, par la suite, intervenir auprès du personnel et créer ensemble un outil de prévention à installer dans tous les services de l'EHPAD. Le projet a également été mené dans un établissement du Nord (59) et débuté dans un EHPAD hospitalier breton.

1. Questionnaire d'investigation

Premièrement, un questionnaire d'investigation destiné à tous les professionnels travaillant en EHPAD a été proposé (médecin, infirmier, aide-soignant (AS), aide médico-psychologique (AMP), agent des services hospitaliers (ASH), hôtelier, cuisinier et agent de restauration, animateur, diététicien, paramédicaux, agents administratifs, ...) (cf. Annexe 1). Il contenait quatorze questions et était accompagné d'une lettre d'information en conformité avec les exigences du Comité de Protection des Personnes (cf. Annexe 2). Le questionnaire a été créé sur Google Forms puis dupliqué en format papier. Il a été envoyé par courrier électronique aux directeurs des établissements qui ont ensuite diffusé le lien du Google Forms à l'ensemble du personnel ainsi qu'en format papier. Ce questionnaire avait pour but d'investiguer le personnel quant à leur connaissance des troubles de la déglutition (signes, adaptations possibles, prise en charge) et leur sentiment de formation suffisante ou non concernant cette problématique.

Une analyse statistique des résultats a été menée grâce au logiciel Classeur Libre Office. Nous avons analysé les résultats de différentes façons :

- de manière générale ;
- selon l'établissement ;
- selon la profession ;
- selon l'ancienneté du personnel.

2. Intervention sur les troubles de la déglutition dans les EHPAD

Nous avons proposé une intervention auprès du personnel dans quatre des EHPAD ayant rendu des réponses au questionnaire d'investigation proposé initialement. Cette intervention, d'une durée d'une heure, était menée en présence d'un orthophoniste du secteur de l'établissement. En tenant compte des réponses obtenues au questionnaire au sein de chaque établissement, un diaporama leur était présenté. Ce dernier reprenait l'anatomie, la physiologie et la physiopathologie de la déglutition, l'étiologie des troubles, le repérage des troubles, leur dépistage, leur évaluation ainsi que la prise en charge. La vidéo *Déglutition et fausse route* réalisée par Cédric Vignal en collaboration avec Virginie Ruglio et le Dr Carol Szekely leur a également été proposée.

Lors de ces interventions, des mises en situations ont été intégrées afin d'amener les professionnels à expérimenter et intégrer la théorie.

2.1.1.1. Mise en situation n°1

Nous avons proposé aux participants d'avaler leur salive sans appui au niveau des pieds ni au niveau des mains puis ensuite d'avaler en ayant les pieds bien ancrés au sol. Cet exercice permettait de prendre conscience de l'importance de l'appui sous les pieds afin de faciliter le geste de déglutition. En effet, ne pas avoir d'ancrage demande davantage d'effort.

2.1.1.2. Mise en situation n°2

Nous avons demandé à un volontaire de boire de l'eau plate dans un verre à bec canard puis dans un verre à découpe nasale. Le but était de prendre conscience qu'avec le verre à bec, la tête est en extension favorisant ainsi les fausses routes par manque de protection des voies respiratoires. Cela montrait également qu'il est compliqué de maîtriser le flux avec le bec canard. Avec le verre à découpe nasale, s'il est toujours rempli, le résident peut boire de manière sécurisée en gardant la tête en anté-flexion et gérer le flux plus facilement qu'avec le premier contenant.

2.1.1.3. Mise en situation n°3

Nous avons demandé aux participants de :

-boire de l'eau épaissie nectar :

-boire de l'eau épaissie nectar accompagnée de sirop (citron ou menthe dans l'idéal) ;

-boire de l'eau épaissie compotée accompagnée de sirop.

Le but était que le personnel prenne conscience de l'importance de mettre du sirop avec l'épaississant afin que ce soit plus agréable pour les résidents mais également de sentir le ralentissement du liquide en bouche selon le degré d'épaississement.

2.1.1.4. Mise en situation n°4

Un volontaire donnait une compote à la petite cuillère à une autre personne qui jouait le rôle d'un résident. Initialement, l'aidant était debout et enchaînait les cuillerées à un rythme soutenu puis ensuite il se mettait à hauteur du résident et ralentissait le rythme. Cela permettait au

personnel de se rendre compte que, lorsque l'aidant est au-dessus du résident au lieu d'être à sa hauteur, ce dernier est forcé de mettre la tête en extension et présente donc un risque de fausse route. Par ailleurs dans la première position, la cuillère vient racler les dents plutôt que d'être vidée par les lèvres du résident.

Lors des interventions réalisées, un questionnaire (cf. Annexe 4) a été proposé aux personnes présentes afin d'évaluer l'intervention (contenu, animation, auto-évaluation du niveau de connaissance avant et après, appréciation générale et remarques libres). Les réponses étaient des échelles de 0 à 5 ou de 1 à 10 avec un espace pour des remarques et des propositions.

3. L'outil de prévention des troubles de la déglutition

3.1. Conception en partenariat avec certains membres du personnel

Nous avons souhaité concevoir l'outil de prévention en concertation avec le personnel des EHPAD afin de répondre au mieux à leurs besoins. Nous avons donc organisé des rencontres. Nous leur avons proposé, une trame constituée d'une partie rappelant les signes d'alerte et les adaptations concernant l'environnement, les postures, les textures alimentaires et d'hydratation ainsi que les aides techniques et humaines. Avec les personnes présentes et ayant signé l'attestation de droit à l'image (cf. Annexe 8), nous avons ensuite pris des photographies permettant de représenter la posture idéale du résident en position assise et au lit, celle de l'aidant ainsi que les textures alimentaires proposées dans l'établissement et les outils adaptés à leur disposition. L'intérêt de réaliser les clichés avec le personnel de chaque établissement, des outils dont ils disposent et de leurs repas était de pouvoir personnaliser l'outil pour chaque EHPAD.

3.2. Mise en place de l'outil dans les services

A partir des photographies réalisées dans les différents établissements, nous avons créé une affiche en format A3 à l'aide du logiciel Dessin de LibreOffice (cf. Annexe 6). Avant d'être imprimées et plastifiées, les affiches ont été présentées au directeur ou au cadre et/ou au médecin coordonnateur de chaque établissement afin d'obtenir leur validation. Les affiches ont été posées dans les offices ou salles de transmission en mars 2018. Un questionnaire d'évaluation de l'outil (cf. Annexe 7) a également été distribué, en format papier. Afin de recueillir les sentiments du personnel concernant l'outil, nous les avons interrogé sur :

- la facilitation de la transmission des informations concernant les troubles de la déglutition ;
- la facilitation du dépistage et de la prise en charge ;
- l'impact sur la pratique ;
- l'impact sur la qualité de vie des résidents ;
- la diminution des troubles de la déglutition.

Le questionnaire comportait des réponses fermées où il fallait répondre par « oui » ou « non » et des réponses ouvertes. Au vu des contraintes temporelles, l'évaluation de l'outil a été proposée dans deux établissements uniquement. Les questionnaires ont été récupérés dans ces deux EHPAD trois à quatre semaines après la mise en service de l'affiche.

La méthodologie appliquée lors de ce travail a donc consisté en différentes étapes : la diffusion d'un questionnaire d'investigation, l'intervention sur les troubles de la déglutition dans les EHPAD ainsi que la création et la mise en place de l'affiche de prévention dans les services. Les résultats obtenus pour chacun de ces temps seront présentés dans la partie suivante.

Résultats

Nous vous présenterons dans cette partie les résultats quantitatifs obtenus aux questionnaires proposés au cours de l'étude ainsi que les résultats qualitatifs relevés à travers les questionnaires et les rencontres avec le personnel des différents EHPAD.

1. Questionnaire d'investigation

Nous avons obtenu 111 réponses au questionnaire d'investigation : 43 par internet et 68 en version papier. Elles sont réparties de la manière suivante :

- 59 réponses pour l'EHPAD de Rochefort-en-Terre
- 21 réponses pour l'EHPAD de La Gacilly
- 13 réponses pour l'EHPAD Jean de Luxembourg (Loos)
- 10 réponses pour l'EHPAD Ker Joseph (Pipriac)
- 8 réponses pour l'EHPAD Les maisons du lac (Vannes). Le travail n'a pas été poursuivi avec cet établissement pour des raisons de contrainte temporelle.

Voici les informations essentielles qui ressortent de cette étude initiale auprès du personnel dans ces différents établissements :

La répartition des professions en EHPAD est relativement variée ($n=111$) (Figure 1).

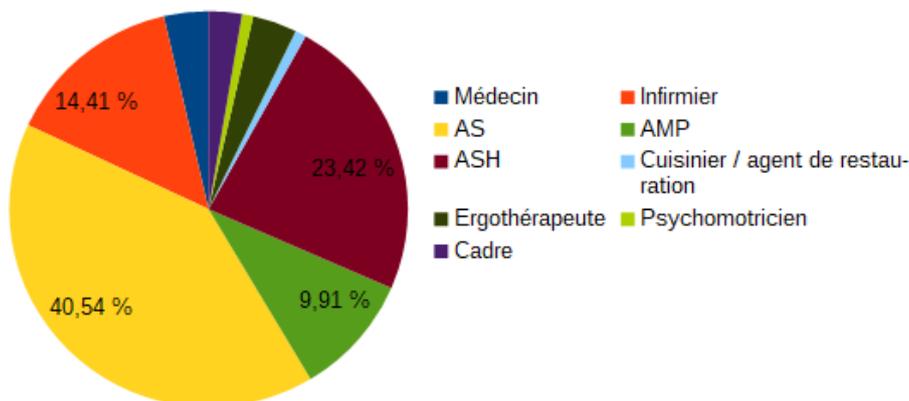


Figure 1 : Répartition du personnel (en pourcentage)

La majorité des personnes interrogées ne se sentent pas suffisamment formées aux troubles de la déglutition (IC 95 [50,3 % ; 68,6%]) ($n=111$) (Figure 2).

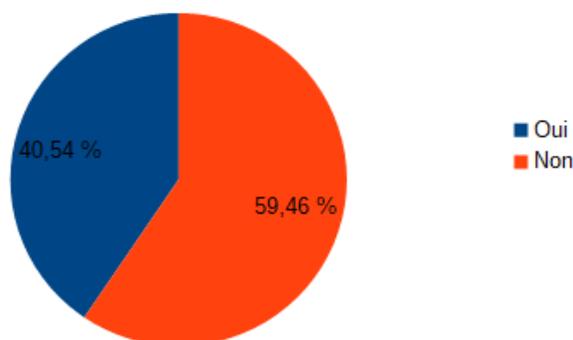


Figure 2 : Sentiment de formation suffisante aux troubles de la déglutitions (en pourcentage)

Nous avons étudié l'existence d'une relation entre l'ancienneté en EHPAD et le sentiment de manque de formation (Figure 3).

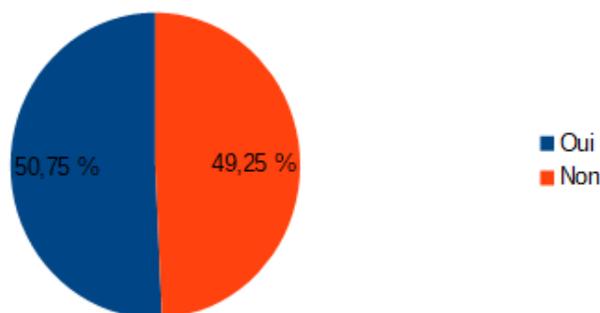


Figure 3 : Sentiment de formation suffisante aux troubles de la déglutition chez les personnes travaillant en EHPAD depuis plus de 8 ans (n=67) (en pourcentage)

Nous avons questionné le personnel sur ses connaissances concernant les signes de repérage des troubles de la déglutition et voici ce qu'il en ressort (Figure 4). D'autres réponses ont brièvement été évoquées : la lenteur pour avaler ; des difficultés pour parler ; une désaturation ; une absence de déclenchement du réflexe de déglutition ; une appréhension des repas et de l'étouffement ; un mauvais placement de la langue ; une fatigue suite au repas ; des difficultés pour boire de l'eau plate ; des mycoses buccales ; une voix mouillée ou éraillée ; un isolement lors des repas ainsi qu'un allongement de ces derniers.

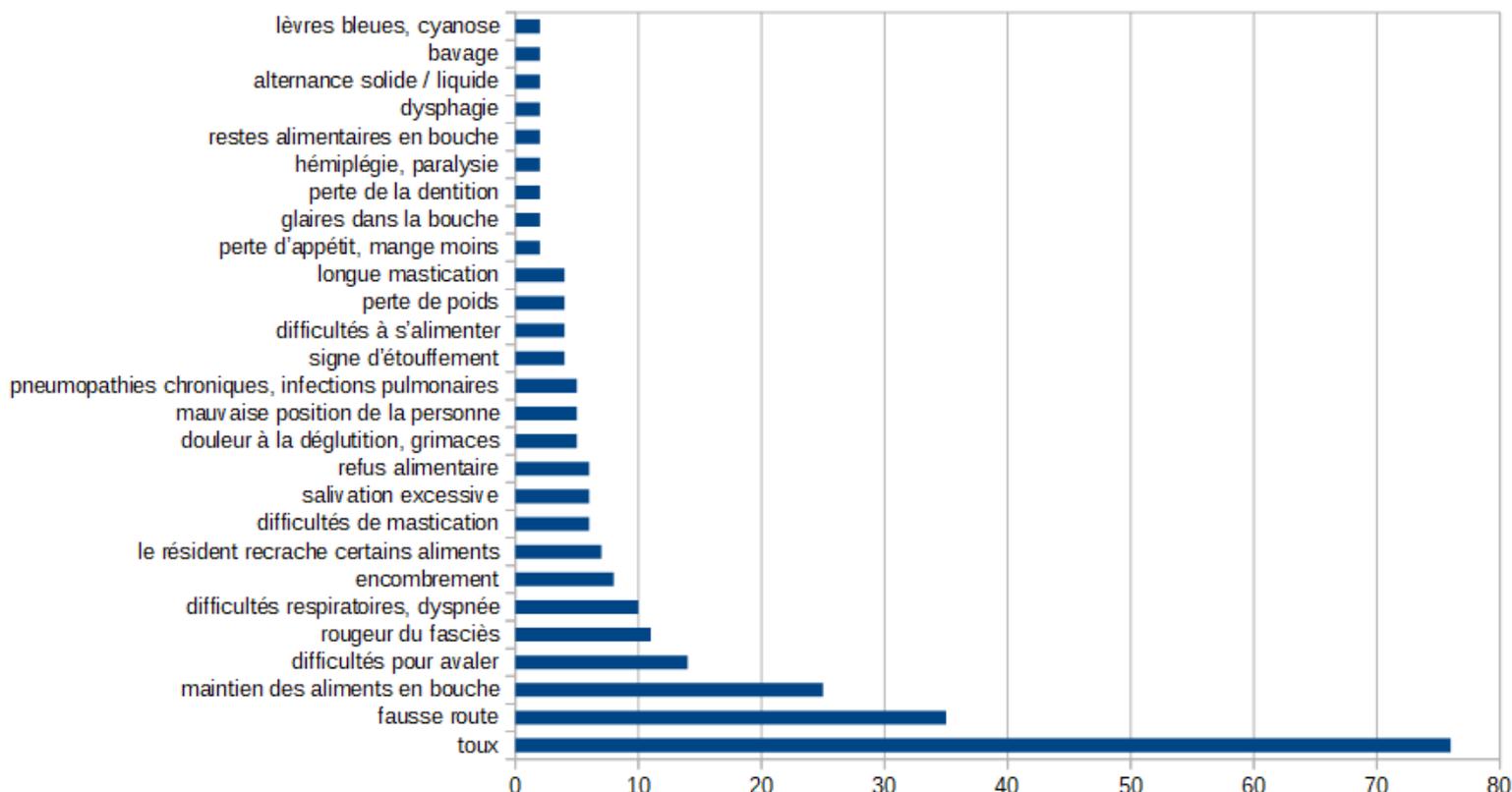


Figure 4 : Signes de repérage des troubles de la déglutition d'après le personnel

Le personnel a également été interrogé sur les aides et les adaptations pouvant être mises en place face à ce type de trouble (Figure 5). Parmi les réponses obtenues, la mise en place d'une sonde gastrique ; ne pas parler en mangeant ; inciter à la mastication ; la formation du personnel ; la prévention par l'information des équipes ; le port du dentier ; la consommation d'aliments enrichis, hyper-protéinés et riches en fibres pour faciliter la digestion ; l'aspiration ; la consultation d'un ergothérapeute ou d'un kinésithérapeute ; les pauses entre deux bouchées ; éviter la prise de liquides et de solides en même temps ainsi que la surveillance des repas sont des éléments qui ont été abordés.

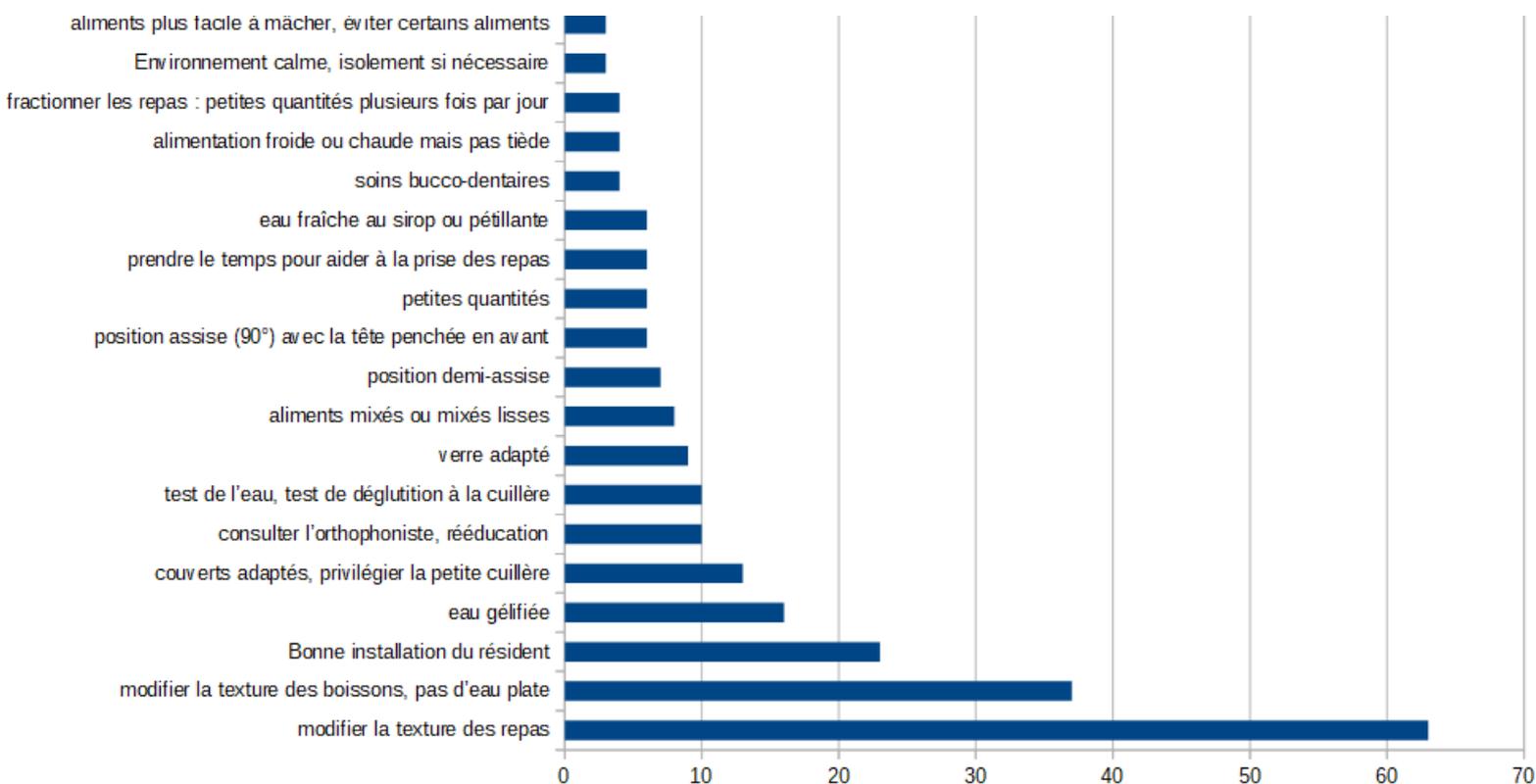


Figure 5 : Aides, adaptations et compensations possibles à mettre en place selon le personnel

Il existe peu de protocoles concernant les troubles de la déglutition dans les services mais lorsqu'il en existe un, il est considéré comme efficace (Figures 6 et 7).

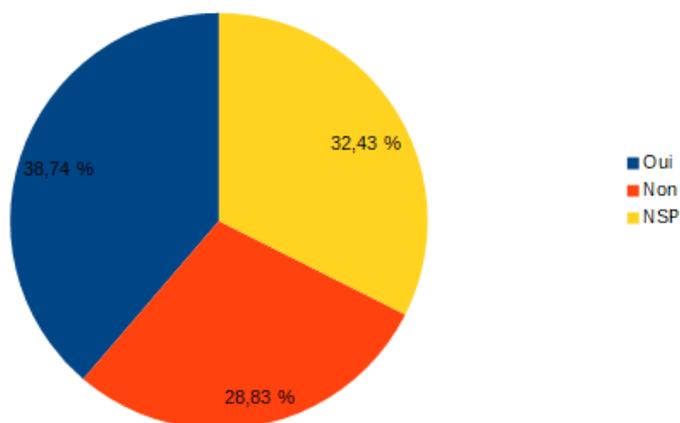


Figure 6 : Existence d'un protocole concernant les troubles de la déglutition (n=111) (en pourcentage) (Note. NSP = ne sait pas)

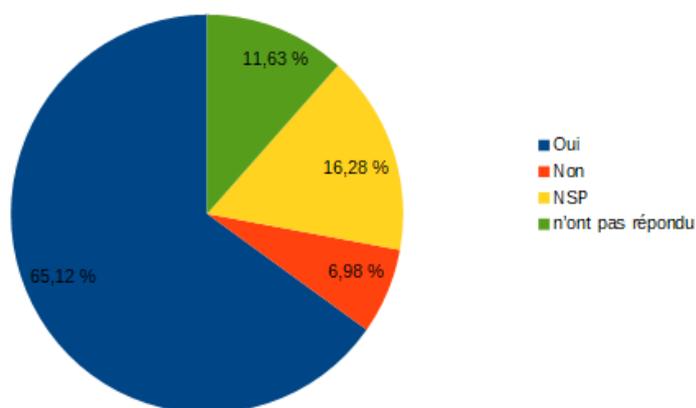


Figure 7 : Efficacité du protocole (n=43) (en pourcentage) (Note. NSP = ne sait pas)

Nous nous sommes intéressés à la fréquence de sollicitation des orthophonistes en cas de suspicion de dysphagie. Il s'avère que l'orthophonie reste peu prescrite en cas de trouble de la déglutition dans l'ensemble de ces établissements (Figure 8). La prescription d'un bilan nutritionnel est légèrement plus fréquente.

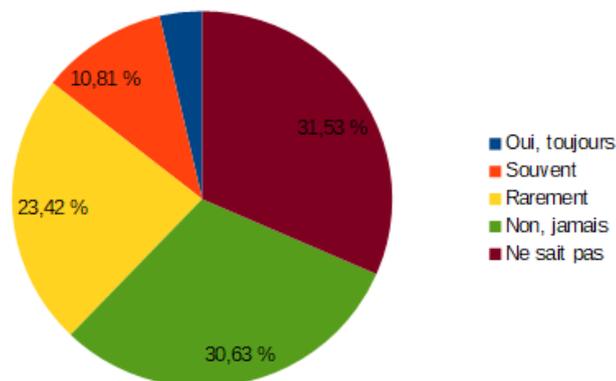


Figure 8 : Prescription d'un bilan orthophonique en cas de suspicion de trouble de la déglutition ($n=111$) (en pourcentage)

Nous nous sommes également questionnés sur la fréquence de réévaluation des capacités de déglutition des résidents. Il s'avère que dans la majorité des cas, elles sont réévaluées lorsque l'équipe en ressent le besoin (IC95 % [67,7 % ; 83, %]) (Figure 9).

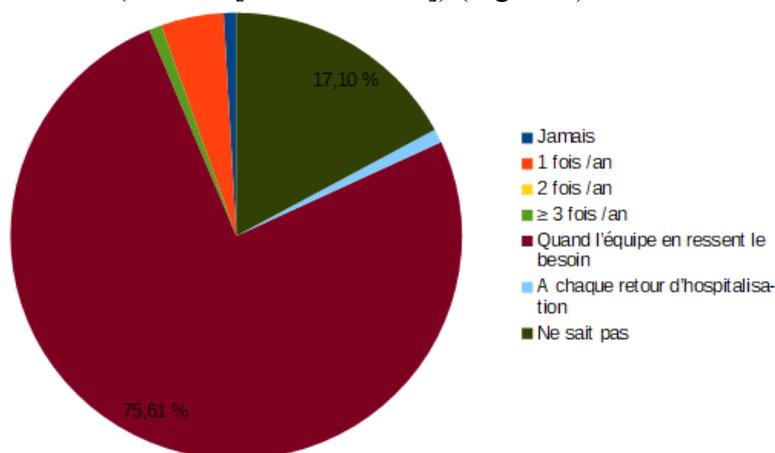


Figure 9 : Fréquence de réévaluation des capacités de déglutition chez les résidents ($n=111$) (en pourcentage)

L'intégralité des résultats peut être consultée en Annexe 3.

2. Intervention sur les troubles de la déglutition dans les EHPAD

Soixante-quatorze personnes ont assisté aux différentes présentations de prévention dans les EHPAD. Les personnes présentes se sont montrées intéressées par la présentation. En effet, de nombreuses questions ont été posées. Les participants ont également eu l'occasion d'échanger entre eux concernant la situation de certains résidents plus particulièrement, mais également avec l'orthophoniste. Souvent, à première vue, le personnel était réticent pour participer aux mises en situation proposées. Finalement, cela leur a permis de comprendre certains mécanismes (appui, position de la tête, ...) et l'intérêt des aides adaptées (outils, textures, positions, ...).

Parmi les personnes présentes, 47 d'entre elles ont répondu au questionnaire d'évaluation de l'intervention. Voici les données principales qui en sont ressorties : le contenu et l'animation (dynamisme, matériel, échanges) de l'intervention ont été appréciés ; le niveau de théorie apporté a été jugé adapté au public ; les personnes présentes considèrent avoir appris de nouvelles informations utiles à leur pratique ; la mise en pratique du contenu de la présentation a été jugée possible ; l'intervention a été appréciée. Le détail des résultats est disponible en Annexe 5.

Le questionnaire n'a pas été proposé à l'établissement Jean de Luxembourg à Loos (Nord) car le temps de présentation était réduit. La différence entre le nombre de personnes ayant assisté aux interventions et le nombre de questionnaires retournés s'explique en partie par cette raison. D'autre part, lors d'une intervention, certaines personnes n'ont pas suivi la totalité de la présentation. Un stagiaire avec le directeur d'un établissement, n'a pas répondu à la question « pensez-vous que vous pourrez mettre en œuvre les connaissances de cette intervention dans votre future pratique ? » car il ne se sentait pas concerné par cette dernière. Une autre personne n'a pas répondu à l'auto-évaluation de son niveau de connaissance suite à l'intervention. Enfin, une personne n'a pas donné de note pour l'appréciation générale.

Par ailleurs, les propositions d'amélioration ayant été formulées par les personnes qui ont participé aux interventions permettent de soulever le fait que les aliments à risque et les différentes textures mériteraient d'être davantage développés dans la présentation. Il en ressort également qu'il ne faut pas hésiter à insister sur la position de sécurité. Les remarques précisent aussi que l'intervention et les informations transmises étaient claires, précises et compréhensibles ; que la vidéo était un support intéressant et les mises en situation proposées également ; que le personnel a obtenu des réponses aux questions posées et que les échanges étaient intéressants ; que certains conseils proposés lors de l'intervention sont déjà en place dans certains services.

3. Outil de prévention

Le personnel sollicité pour la création de l'outil de prévention s'est bien prêté au jeu de se faire photographier. Ils ont accepté de se mettre en scène dans la peau d'un résident et d'un aidant afin de représenter la position idéale de ces derniers lors d'un repas en position assise et en position alitée. Le personnel nous a également présenté les outils qu'il utilise avec les personnes âgées présentant des difficultés de déglutition ainsi que les différentes textures proposées par l'établissement.

Un questionnaire permettant d'évaluer l'intérêt de l'affiche mise en place dans les services a été distribué dans deux établissements. Cette étape nécessitait que l'outil soit en service depuis quelques semaines ce qui ne s'avérait pas être le cas dans tous les établissements. Nous avons eu le retour de 28 questionnaires quatre semaines après l'affichage du support de prévention. Un questionnaire a été évincé des résultats car seules les réponses aux deux premières questions ont été traitées. Plusieurs questionnaires étaient incomplets mais l'analyse a été réalisée en conséquence.

D'après les données obtenues ($n=27$), l'affiche de prévention proposée dans les différents services permet de faciliter la transmission des informations nécessaires à la prise en charge des

troubles de la déglutition. La diffusion des informations auprès du personnel n'ayant pas assisté à l'intervention est améliorée et celle auprès des familles également (Figure 10).

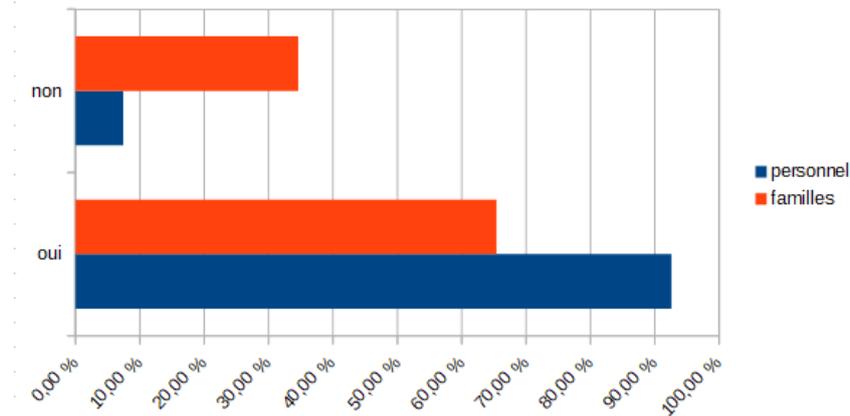


Figure 10 : Transmission des informations nécessaires concernant la prise en charge de la dysphagie (en pourcentage)

Les résultats sont unanimes sur le fait que l’affiche permette la facilitation du dépistage ainsi que la prise en charge au sein des services des troubles de la déglutition. Toutefois, 7 % ($n=2$) des personnes n’ont pas répondu à la question concernant la facilitation du dépistage.

Le matériel mis en place a également eu un impact positif aussi bien sur la pratique clinique des soignants (62,96%; $n=17$) que sur la qualité de vie des résidents, bien que plus limité (47,62%; $n=10$). Nous pouvons noter que 22 % ($n=6$) des personnes n’ont pas répondu à la question concernant la qualité de vie des résidents. Les arguments rapportés par les personnes ayant répondu ont tendance à être récurrents (Figures 11 et 12).

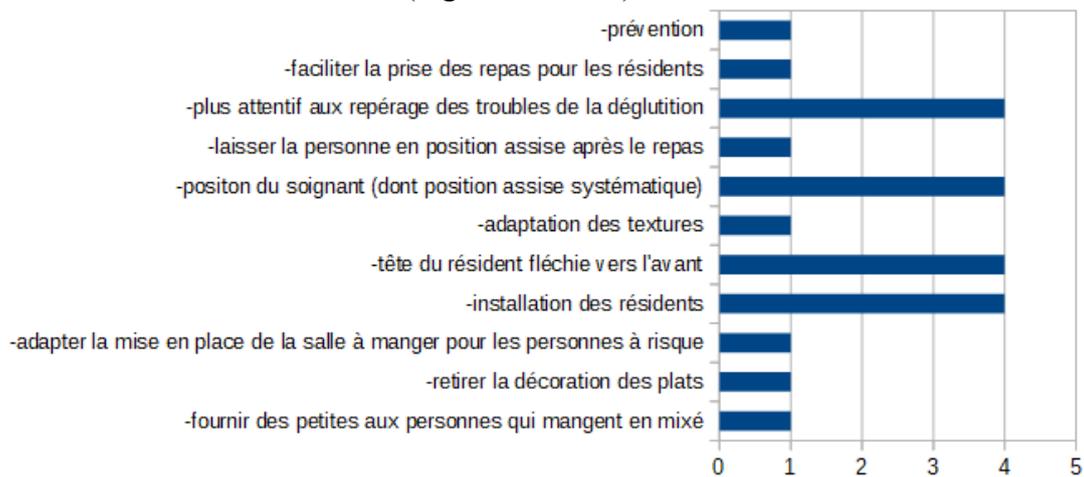


Figure 11 : Impacts de l’affiche sur la pratique professionnelle

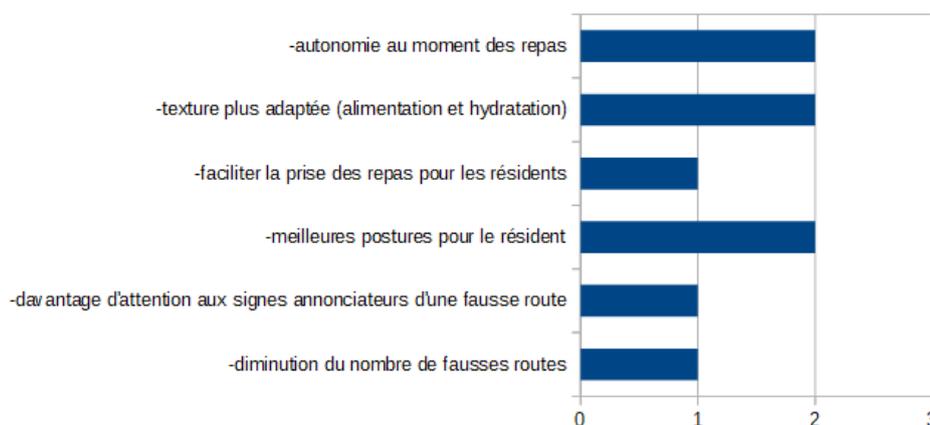


Figure 12 : Impacts de l’affiche sur la qualité de vie des résidents d’après le personnel

La diminution des troubles de la déglutition n’a pas été constatée suite à la mise en place de l’affiche de prévention. Toutefois, 11 % ($n=3$) des personnes n’ont pas répondu à la question (Figure 13).

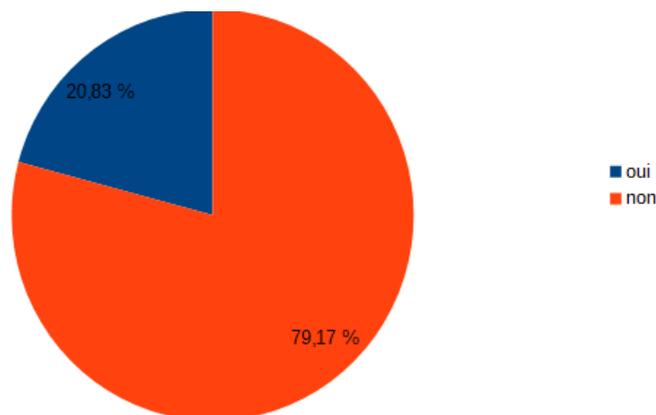


Figure 13 : Diminution des troubles de la déglutition ($n=24$) (en pourcentage)

Par ailleurs, concernant l’outil en lui-même, les répondants trouvent que l’affiche est simple, claire et précise tout en étant à leur portée. Il semblerait que l’aspect visuel avec les photos et les couleurs ait été apprécié. Par ailleurs, le fait que l’affiche soit disponible pour tous en étant affichée au niveau de l’office ou de la salle de transmission du service permet de s’y référer régulièrement (Figure 14). Quelques points négatifs nous ont également été rapportés, à savoir que l’outil devrait être mis à disposition des familles et placé dans la salle à manger pour que le personnel puisse l’utiliser au moment des repas. D’autre part, le personnel trouve l’information concernant le dosage de l’épaississant pour les liquides peu parlant (Figure 15). D’autres remarques nous sont parvenues comme par exemple : le souhait de diffusion de l’affiche aux services de soins à domicile, la prise en compte des différentes pathologies présentes dans l’établissement ainsi que le besoin de rappels réguliers.

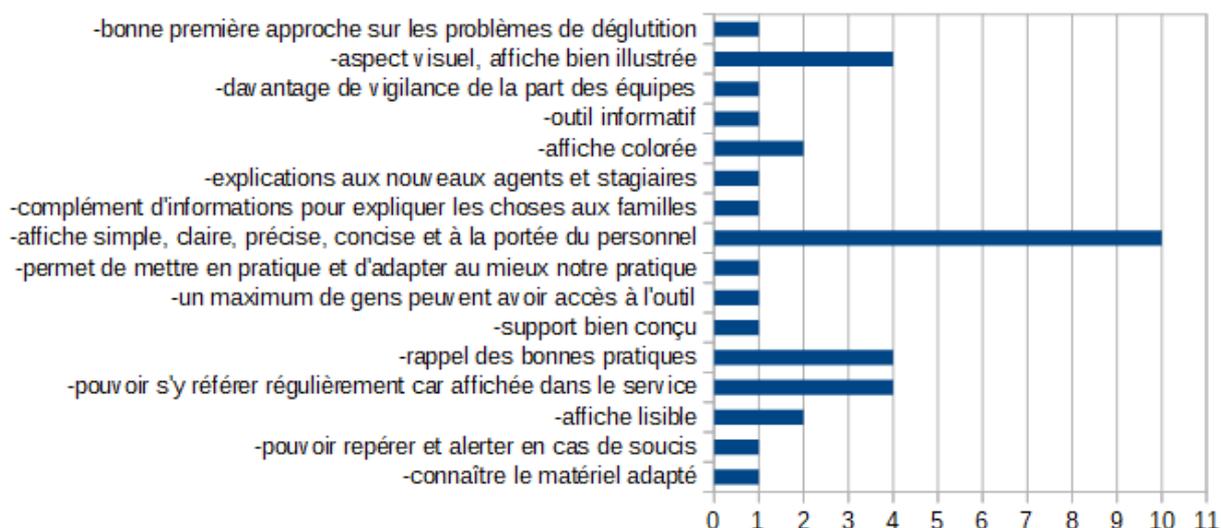


Figure 14 : Points positifs de l’affiche

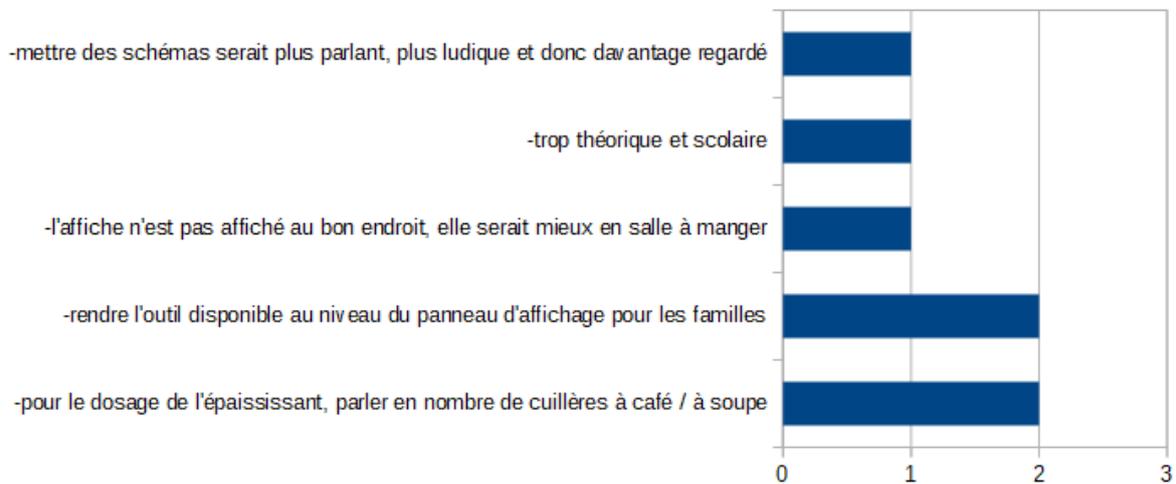


Figure 15 : Points négatifs de l'affiche

Discussion

Dans les services en EHPAD, on constate souvent un renouvellement du personnel (Martin & Ramos-Gorand, 2017). Nous avons donc émis l'hypothèse principale que les aidants professionnels ne sont pas suffisamment informés quant aux troubles de la déglutition. L'objectif de notre travail était donc de réaliser un état des lieux des connaissances sur la déglutition et ses troubles auprès des professionnels en EHPAD puis de créer un outil de prévention accessible à tous. Une action de prévention menée en collaboration avec des orthophonistes a eu lieu dans les établissements participants. Nous analyserons dans cette dernière partie les résultats quantitatifs et qualitatifs obtenus tout au long de notre travail. Nous aborderons ensuite les implications théoriques et pratiques, les limites et les éventuelles pistes de poursuite de cette étude.

1. Analyse des résultats

1.1. Interprétation des résultats obtenus au questionnaire d'investigation

Le recueil des résultats au questionnaire d'investigation a permis de montrer que la diffusion de questionnaires en format papier permet d'obtenir davantage de retours que lorsqu'ils sont diffusés informatiquement. C'est donc de cette manière que nous avons procédé pour les autres questionnaires de l'étude.

Question 1 : La majorité des répondants sont des aide-soignants et des aides médico-psychologiques, des agents de service hospitalier ainsi que des infirmiers. Selon l'Observatoire des EHPAD (2014), cela paraît justifié puisqu'ils représentent la majorité du personnel en EHPAD.

Questions 1, 2 et 3 : D'après les résultats, le sentiment d'insuffisance de formation aux troubles de la déglutition avoisine les 60 %. Nous pouvons extrapoler ce résultat en estimant que le manque de formation ressenti varie entre 50,3 % et 68,6 % pour 95 % des personnes exerçant dans les EHPAD bretons. Dans notre étude cela apparaît plus particulièrement marqué chez les personnes y travaillant depuis moins de quatre ans. Ce taux diminue avec l'ancienneté. Les agents de service hospitaliers, les aides médico-psychologiques et les infirmiers sont les professions les plus concernées. Contrairement aux idées reçues, les aide-soignants ne figurent pas parmi les

professions ressentant le plus ce manque de formation mais cela s'explique, ici, par leur ancienneté. On peut donc en déduire que même si la problématique n'est pas toujours abordée dans les cursus de formation initiale, les aidants peuvent se former grâce à l'expérience ainsi que par des formations continues ou des formations internes aux établissements. Notons qu'il aurait été intéressant d'ajouter une question afin de savoir si les personnes avaient déjà participé à une formation concernant les troubles de la déglutition au cours de leur carrière. L'hypothèse 1 : « le personnel d'EHPAD ressent un manque de formation concernant la dysphagie » est validée.

Question 4 : La question fermée qui avait pour but d'interroger le personnel sur sa connaissance de la présence de troubles de la déglutition chez les résidents était biaisée. En effet seule une personne a répondu négativement. Il aurait été plus intéressant de leur demander ouvertement une définition de « trouble de la déglutition ».

Questions 5 et 6 : A la question « savez-vous repérer les troubles de la déglutition ? », 96,40 % répondent oui. Lorsque l'on compare ce pourcentage aux réponses obtenues concernant les signes de repérage, nous notons de nombreux signes qui permettent de suspecter un trouble mais cela reste souvent assez imprécis et approximatif. La majorité des personnes parle de la présence de toux, de fausse route, de maintien en bouche des aliments et de difficultés pour avaler. Notons que peu de personnes évoquent les difficultés de mastication, les stases pharyngées, le bavage, les raclements (signes de fausse route), la déshydratation, la sélectivité des aliments, la voix mouillée, les encombrements bronchiques et les pneumopathies d'inhalation.

Questions 7 et 8 : De la même façon, à la question « peut-on améliorer les troubles de la déglutition ? », 96,40 % répondent oui. Cependant, en comparant ce pourcentage aux réponses obtenues concernant les aides, adaptations et compensations qui peuvent être mises en place, de nombreux éléments sont abordés mais il nous semble nécessaire de les redétailler et de compléter. En effet, même si la modification de la texture alimentaire et hydrique sont majoritairement citées, il faut préciser cette notion. Il n'est pas bénéfique pour tous les résidents, chez qui l'on suspecte des troubles de la déglutition, de leur fournir une alimentation mixée ou mixée lisse ni une hydratation gélifiée. Il existe d'autres textures qui peuvent leur être plus adaptées. Nous avons donc veillé à aborder plus en détail, lors de l'intervention, l'installation du résident ainsi que celle de l'aidant lorsque l'aide d'un tiers est nécessaire. Nous avons aussi insisté sur l'environnement idéal ; les aides techniques et humaines ainsi que l'importance des soins de bouche qui semblent sous-estimés. En effet, les soins de bouche sont aussi indispensables que la prise en charge des troubles de la déglutition pour tenter de faire diminuer la fréquence des pneumopathies d'inhalation (Vandermeiren, 2017). L'hypothèse 2 : « la mise en place d'actions de prévention dans les EHPAD est pertinente » est validée.

Question 9 : Les résidents ayant des troubles de la déglutition voient leurs repas trop souvent changer de texture et devenir mixés. Or, le mixé n'est pas indiqué dans tous les troubles de la déglutition. Pour les troubles de la mastication par exemple, bien souvent la texture hachée est la plus appropriée. Par ailleurs, dans le cas de pathologies neurodégénératives, le changement de texture est bien souvent irréversible. Il faut donc maintenir la personne avec un repas et une hydratation qui lui sont adaptés tant que cela est possible.

Questions 10 et 11 : Selon les résultats obtenus, il n'existe pas de protocole concernant la prise en charge des troubles de la déglutition dans tous les services. A défaut d'exister, l'accès à ces protocoles ne nous semble pas clairement identifiable puisque nous avons obtenu des réponses très variées au sein même de chacun des établissements. Pour que le personnel puisse réagir de la bonne manière face aux troubles de la déglutition présentés par les résidents, il est primordial de mettre en place un outil accessible, clair et précis au sein de chacun des services.

Question 12 : Malgré la prévalence de la dysphagie dans ces institutions, le recours aux orthophonistes est insuffisant. En effet, moins de 15 % des résidents bénéficient d'un bilan orthophonique en cas de suspicion de trouble de la déglutition. Il nous semble donc essentiel que les orthophonistes réalisent des actions de prévention au sein de ces établissements afin de prévenir des répercussions que peuvent avoir les troubles de la déglutition, de rappeler les gestes et les adaptations essentiels au déroulement des repas de manière la plus sécurisée qu'il soit et de promouvoir leur rôle. Comme inscrit dans l'article 3 du décret de compétences n°2002-721 du 2 mai 2002, l'orthophoniste est un acteur essentiel à l'évaluation et à la prise en charge des troubles de la déglutition aussi bien dans le domaine des pathologies ORL que dans les pathologies neurologiques. L'article 4 de ce décret indique également que « l'orthophoniste peut proposer des actions de prévention, d'éducation sanitaire ou de dépistage, les organiser ou y participer. Il peut participer à des actions concernant la formation initiale et continue des orthophonistes et éventuellement d'autres professionnels [...] ».

Question 13 : Cette question n'était pas suffisamment spécifique. Nous aurions dû questionner le personnel séparément sur la prescription d'un bilan ORL et d'un bilan nutritionnel. En effet, les résultats obtenus ne permettent pas de savoir si lorsqu'un bilan est prescrit il s'agit d'un bilan ORL ou nutritionnel. Les EHPAD disposant d'un diététicien, et certains questionnaires comportant des annotations supplémentaires, nous permettent de penser qu'il s'agit majoritairement de bilans nutritionnels mais nous ne pouvons l'affirmer.

Question 14 : Les résultats obtenus permettent de constater qu'un suivi des difficultés de déglutition des résidents est réalisé par les équipes et que les capacités de déglutition sont, en majorité, ré-évaluées dès que l'équipe en ressent le besoin. L'observation des repas et du résident dans sa globalité (poids, infection, dénutrition, déshydratation...) a donc un rôle essentiel pour cette évaluation. Notons cependant que plusieurs réponses auraient dû être autorisées pour cette question. Effectivement, l'évaluation des capacités de déglutition peut avoir lieu dès que l'équipe en ressent le besoin mais également, et parallèlement, à chaque retour d'hospitalisation, comme nous l'a confié oralement le cadre d'un des établissements.

1.2. Interprétation des résultats concernant l'intervention sur les troubles de la déglutition

Nous ne pensions pas qu'autant de personnes assisteraient aux différentes interventions de prévention. Nous sommes satisfaits de l'intérêt que les directeurs et les cadres d'établissements ainsi que le personnel ont porté à notre intervention. Ces interventions ont provoqué une rencontre et des échanges bénéfiques entre les personnes présentes et les orthophonistes intervenant dans ces EHPAD. Ces temps de prévention furent des moments interactifs, à travers le diaporama et les mises en situation. Ils appelaient à se référer à l'expérience des professionnels ainsi qu'aux

différentes situations des résidents de l'établissement atteints de dysphagie. L'intervention a également permis de prendre conscience de dysfonctionnements qui semblaient anodins mais qui ont une grande importance dans le cadre des troubles de la déglutition (absence de cales-pieds sur les fauteuils, pas assez de cuillères à café...).

Le temps mis à disposition pour l'intervention dans certains EHPAD était assez restreint. Nous avons donc adapté la présentation mais la contrainte temporelle ne nous a pas permis de proposer le questionnaire d'évaluation de l'intervention dans cette situation. Cependant, à partir des réponses obtenues, nous pouvons constater que le niveau de connaissance sur lequel nous sommes basé était adapté au public. Nous pensons qu'avec un créneau horaire plus large, davantage de détails auraient pu être abordés et repris dans la pratique par le personnel présent (insister sur les aliments à risque, passer plus de temps sur le dépistage des troubles de la déglutition...). Les éléments sur lesquels nous avons davantage insisté lors de cette intervention sont les adaptations (environnement, posture, aide humaine, aide technique, ...) car nous avons estimé que c'était surtout sur ces derniers que le personnel pouvait agir. Ils ont d'ailleurs jugé pouvoir mettre en pratique ces données.

A travers les réponses obtenues au questionnaire d'évaluation de l'intervention, les échanges avec le personnel lors de ces dernières et notre ressenti, nous insistons sur le fait que davantage d'actions de prévention concernant les troubles de la déglutition en EHPAD devraient avoir lieu. L'hypothèse 2 : « la mise en place d'actions de prévention dans les EHPAD est pertinente » est donc de nouveau validée.

1.3. Interprétation des résultats concernant l'outil de prévention

La création de l'outil en partenariat avec le personnel a permis que ce dernier se sente davantage impliqué et concerné par la problématique des troubles de la déglutition et les réponses apportées. La personnalisation de l'affiche à chaque établissement à travers les photographies permet de retrouver l'environnement, le personnel, les outils adaptés et les textures spécifiques à chacun des EHPAD. De cette manière, il nous a semblé qu'elle serait nécessairement plus parlante aux personnes travaillant dans ces établissements. Notre idée a été confirmée à travers les réponses du questionnaire d'évaluation de l'affiche. En effet, l'aspect visuel et l'illustration de l'affiche font partie des points positifs de l'outil les plus mis en avant par le personnel.

Nous avons proposé au personnel d'évaluer cet outil mis à leur disposition afin de voir s'il était adapté et de quelle manière pourrait-elle être amélioré. Il en ressort que l'affiche réalisée permet bien de transmettre les informations nécessaires à la prise en charge des troubles de la déglutition. Elle permet également de s'y référer afin d'installer de manière la plus correcte qu'elle soit les résidents au moment du repas (dos droit, tête fléchie vers l'avant) et de veiller également à la bonne installation de l'aidant. Le personnel est plus attentif aux signes de dysphagie car ils sont désormais affichés en permanence dans le service. Cependant, 7 % des personnes n'ont pas répondu à la question concernant la facilitation du dépistage, la question était trop imprécise. L'hypothèse 3 : « l'installation d'un outil de prévention visuel et personnalisé à chaque établissement, co-construit avec le personnel, dans les services répond en partie au manque de formation énoncé dans l'hypothèse 1 » est validée. La première partie de l'hypothèse 4 : « l'outil

proposé dans ce travail est adapté au public concerné (facilitation de la transmission des informations nécessaires, impact positif sur la pratique du personnel) » est validée.

Par ailleurs, nous n'avons pas pu constater d'impacts majeurs sur la qualité de vie des résidents et encore moins sur la diminution de la fréquence des troubles de la déglutition. Pour cela, il faudrait réaliser une évaluation sur plusieurs mois. La seconde partie de l'hypothèse 4 : « l'outil proposé dans ce travail permet l'amélioration de la qualité de vie des résidents ainsi que la réduction des troubles de la déglutition et des complications engendrées chez les résidents » n'est pas validée.

D'autre part, nous avons initialement proposé de disposer l'affiche dans la salle à manger puisque c'est dans ce lieu que se passent les repas et que par conséquent les aidants pourraient s'y référer automatiquement si un doute émergeait lors de ce temps. En discutant avec certains médecins, cadres et directeurs, ils ont trouvé préférable que l'affiche soit installée en salle de transmission et/ou à l'hôtellerie dans chacun des services. Ils ont estimé que l'affiche ne nécessitait pas d'être à la vue des familles et des résidents. Cependant, il ressort du questionnaire, rempli par le personnel, que l'affiche aurait davantage d'intérêts en étant affichée dans la salle à manger.

2. Implications théoriques et pratiques

Tout au long de ce travail, nous avons pu constater un manque de confiance du personnel face aux troubles de la déglutition, lié à un manque de formation dans ce domaine. Il nous semble donc nécessaire de continuer et d'accroître les actions de prévention, menées par des orthophonistes, au sein des EHPAD et de fournir les outils théoriques et pratiques permettant d'assurer une bonne prise en charge des résidents.

3. Limites de l'étude

L'étude a été menée dans un nombre d'établissements restreints et localisés. En effet, l'ensemble du travail a été réalisé dans quatre EHPAD seulement, dont trois situés en Bretagne et un dans le département du Nord. Les réponses obtenues au questionnaire d'investigation ne sont donc pas forcément représentatives de la France entière. Même si l'état des lieux des connaissances, des ressentis et des besoins du personnel d'EHPAD concernant les troubles de la déglutition n'était pas l'objectif principal de notre travail, il aurait pu être intéressant de transmettre le questionnaire à davantage d'établissements. En effet, en élargissant les limites géographiques que nous nous sommes fixées, les résultats auraient été plus représentatifs de la situation en France.

D'autre part, concernant le questionnaire d'investigation distribué, certaines questions auraient mérité d'être posées différemment afin d'obtenir des réponses plus fiables (ex : remplacer certaines questions fermées par des questions ouvertes, créer deux questions plutôt qu'une, ...).

Lors de l'intervention de prévention, il aurait été intéressant de noter le nombre de personnes présentes. En effet, pour avoir cette donnée, nous nous sommes référés aux feuilles d'émargement réalisées dans certains établissements ou au nombre de questionnaires d'évaluation retournés dans le cas contraire. Notons que certaines personnes ne sont pas restées jusqu'au questionnaire et que d'autres n'ont peut-être pas rempli l'évaluation. Par ailleurs, la quasi-totalité des personnes

présentes étaient des soignants (AS, AMP, ASH, infirmiers). Il aurait été intéressant de toucher le personnel travaillant en cuisine ainsi que les médecins. La présence des cuisiniers et des agents de restauration aurait été l'occasion de les sensibiliser aux troubles de la déglutition. Cela aurait pu leur apporter des réponses et des précisions sur certaines questions qu'ils peuvent se poser (ex. les aliments dangereux pour les résidents à risque des fausses routes ; pourquoi ne pas mettre de décoration sur certains plats, ...). La présence des médecins aurait pu permettre d'augmenter le recours aux orthophonistes ainsi que de faire régulièrement des rappels auprès du personnel sur les signes et les répercussions de la dysphagie.

Pour la création de l'outil de prévention, nous voulions initialement le personnaliser à chaque service plutôt qu'à l'établissement mais nous avons rencontré plusieurs obstacles. Premièrement, il s'est avéré compliqué de mobiliser deux membres du personnel de chaque service. En général, nous avons réalisé cette étape avec deux personnes de l'établissement uniquement. Par ailleurs, les photographies n'étaient pas toutes concluantes. Nous en avons pris conscience lors du transfert des fichiers de l'appareil photographique à l'ordinateur. Concernant l'affiche en elle-même, quelques détails changent d'un établissement à l'autre. En effet, avec l'avancement du travail, nous nous sommes aperçus que certains termes employés pouvaient ne pas être compris (ex. anté-flexion, stases pharyngées, ...). D'autre part, des questions posées dans certains établissements nous ont amené à apporter des précisions (ex. « ne pas coucher la personne dans les 20 minutes suivant le repas » plutôt que « laisser la personne assise au moins 20 minutes après le repas »). Sur les dernières affiches mises en place, nous avons davantage mis en évidence la préconisation majeure du verre à découpe nasale et la contre-indication du verre à bec canard. Pour les autres outils, notamment les couverts adaptés, nous avons précisé que leur utilisation était soumise aux conseils avisés d'un ergothérapeute. Nous n'avons pas pu évaluer l'impact de l'affiche sur la diminution des troubles de la déglutition car cela nécessite un recul de plusieurs mois.

4. Poursuite de l'étude

Cette étude suscite plusieurs pistes de poursuite. Premièrement, il pourrait être intéressant d'évaluer l'impact de cette affiche sur la fréquence des troubles de la déglutition et de leurs répercussions. S'il s'avère que celle-ci a permis une diminution des troubles de la déglutition, un support de prévention visuel, semblable à notre affiche (rendue plus neutre), pourrait être proposé à l'Agence Régionale de Santé (ARS). En effet, un document de ce type pourrait ainsi facilement être affiché dans les services d'EHPAD s'il était répertorié et simple à se procurer.

Il pourrait être intéressant d'établir des fiches de prévention et de prise en charge des troubles de la déglutition en EHPAD spécifiques aux pathologies les plus récurrentes dans ces établissements. C'est une remarque qui a été formulée plusieurs fois par le personnel lors de notre étude.

Par ailleurs, un plan d'action de prévention des troubles de la déglutition en EHPAD pourrait être créé et proposé aux orthophonistes. Cela permettrait, en amont, de leur simplifier le travail afin de permettre que davantage d'interventions de ce genre voient le jour.

Conclusion

L'objectif de notre travail était de réaliser un état des lieux des connaissances sur la déglutition et ses troubles auprès des professionnels en EHPAD. Nous avons émis l'hypothèse que les aidants professionnels ne sont pas suffisamment informés quant aux troubles de la déglutition. Nous avons proposé un questionnaire d'investigation à différents établissements. Nous avons obtenu 111 réponses qui nous ont permis de valider cette hypothèse. En effet, malgré quelques connaissances sur le sujet, chez la majorité des personnes ayant répondu, la plupart des réponses restent incomplètes et imprécises. De plus, le personnel interrogé exprime ce sentiment de manque de formation. Suite à cela, une action de prévention des troubles de la déglutition auprès des professionnels de quatre EHPAD a été réalisée. Soixante-quatorze personnes ont pu y assister. Cette intervention a permis au personnel de rencontrer le/les orthophoniste(s) intervenant dans l'établissement. L'orthophoniste n'ayant pas toujours un rôle connu dans la prise en charge de la dysphagie, cette étude a permis de promouvoir son rôle. Lors de ce temps, riche d'échanges, les signes de dysphagie, les conséquences des troubles de la déglutition, le rôle de l'orthophoniste et les adaptations (posture, environnement, aide humaine, aide technique) ont été abordés. Ce travail a été poursuivi par la mise en place d'un outil de prévention accessible à l'ensemble du personnel soignant. Il s'agit d'une affiche réalisée en partenariat avec le personnel. Elle a été personnalisée à chacun des établissements à partir de photographies représentant les postures idéales, les textures proposées dans l'établissement ainsi que les outils dont il dispose. Cette affiche permet de transmettre facilement les données nécessaires aux troubles de la déglutition. Elle a permis une amélioration de la pratique clinique du personnel (rappel des signes de repérage, posture, textures, ...) mais la diminution des troubles de la déglutition n'a pas pu être évaluée.

Plusieurs études concernant les troubles de la déglutition en EHPAD ont déjà été réalisées (information du personnel, création de matériel, ...). Il serait intéressant d'étudier l'impact de ces différents travaux sur la pratique clinique du personnel ainsi que sur la fréquence des troubles de la déglutition chez les résidents. Nous pourrions alors nous demander si les actions de prévention permettent d'améliorer la prise en charge des résidents dysphagiques grâce à un travail pluridisciplinaire en EHPAD.

Bibliographie

- Affoo, R.H., Foley, .N, Rosenbek, J., Shoemaker, J.K., Martin, R.E., (2013). Swallowing dysfunction and autonomic nervous system dysfunction in Alzheimer's disease: a scoping review of the evidence. *J Am Geriatr Soc.*, 61(12), 2203–2213.
- Affoo, R. H. (2014). Dysphagia Care for Individuals with Dementia.
- Allepaerts, S., Delcourt, S., & Petermans, J. (2008). Les troubles de la déglutition du sujet âgé: un problème trop souvent sous-estimé. *Revue Médicale de Liege*, 63(12), 715–21.
- Article L4341-1, modifié par la loi n°2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé – article 126.
- Baijens, L. W., Clavé, P., Cras, P., Ekberg, O., Forster, A., Kolb, G., ... Walshe, M. (2016). European Society for Swallowing Disorders & European Union Geriatric Medicine Society white paper: oropharyngeal dysphagia as a geriatric syndrome. *Clinical Interventions in Aging, Volume 11*, 1403-1428. <https://doi.org/10.2147/CIA.S107750>
- Baulon, A. (2000). Troubles de la déglutition du vieillard. Le point de vue du gériatre. *Rev Généraliste Gérontol*, 63 ,124-8.
- Cabre, M., Serra-Prat, M., Palomera, E., Almirall, J., Pallares R, Clave, P., (2010). Prevalence and prognostic implications of dysphagia in elderly patients with pneumonia. *Age Ageing*, 39(1), 39–45.
- Cabre, M., Serra-Prat, M., Force, L.L., Almirall, J., Palomera, E., Clave, P., (2014). Oropharyngeal dysphagia is a risk factor for readmission for pneumonia in the very elderly persons: observational prospective study. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci.*, 69(3), 330–337.
- Carrion, S., Cabre, M., Monteis, R., et al. (2015). Oropharyngeal dysphagia is a prevalent risk factor for malnutrition in a cohort of older patients admitted with an acute disease to a general hospital. *Clin Nutr.*, 34(3), 436–442.
- Cook, I.J., Kahrilas, P.J., (1999). AGA technical review on management of oropharyngeal dysphagia. *Gastroenterology*, 116(2), 455–478.
- Cook, I.J., (2009).. Oropharyngeal dysphagia. *Gastroenterol Clin North Am.*, 38(3), 411–431.
- Clavé,P., Arreola, V., Romea, M., Medina, L., Palomera, E., Serra-Prat, M., (2008). Accuracy of the volume-viscosity swallow test for clinical screening of oropharyngeal dysphagia and aspiration. *Clin Nutr.*, 27(6), 806-15.
- Clavé, P., Rofes, L., Carrión, S., Ortega, O., Cabré, M., Serra-Prat, M., & Arreola, V. (2012). Pathophysiology, relevance and natural history of oropharyngeal dysphagia among older people. *Stepping Stones to Living Well with Dysphagia.*, 72, 57–66. Karger Publishers.
- Forster, A., Samaras, N., Notaridis, G., Morel, P., Hua-Stolz, J., & Samaras, D. (2013). Évaluation et dépistage des troubles de la déglutition en gériatrie. *NPG Neurologie - Psychiatrie - Gériatrie*, 13(74), 107-116. <https://doi.org/10.1016/j.npg.2012.10.005>
- Jean, A. (2001). Brain stem control of swallowing: neuronal network and cellular mechanisms. *Physiological reviews*, 81(2), 929–969.
- Logemann J., Manuel pour l'étude vidéofluoroscopique de la déglutition (1983). 2e éd., Austin.

- Martin, C., et Ramos-Gorand, M. (2017). Turnover élevé du personnel soignant dans les Ehpad privés en France : impact de l'environnement local et du salaire. *Economie et statistique*, 439, 49-66. DOI: 10.24187/ecostat.2017.493s.1912
- Mériaux, H. (2013). *La personne âgée dysphagique en maison de retraite : orthophonie et information du personnel soignant*. Paris.
- Mitchel, S., Teno, J.M., Kiely, D.K., et al. (2009). The clinical course of advanced dementia. *N Engl J Med*, 361, 1529–1538.
- Ney, D. M., Weiss, J. M., Kind, A. J. H., & Robbins, J. (2009). Senescent Swallowing: Impact, Strategies, and Interventions. *Nutrition in Clinical Practice*, 24(3), 395-413. <https://doi.org/10.1177/0884533609332005>
- Perez-Lloret, S., Negre-Pages, L., Ojero-Senard, A., et al., (2012). Oro-buccal symptoms (dysphagia, dysarthria, and sialorrhea) in patients with Parkinson's disease: preliminary analysis from the French COPARK cohort. *Eur J Neurol.*, 19(1), 28–37.
- Pineau, L. (2014, juin 19). *Elaboration d'un livret d'information sur les troubles de la déglutition chez la personne âgée et sur les aménagements possibles, à destination des soignants des services de gériatrie*. Poitiers.
- Pouderoux, P., Jacquot, J.-M., Royer, E., & Finiels, H. (2001). Les troubles de la déglutition du sujet âgé, Procédés d'évaluation. *La Presse Médicale*, 33, 1635-1644.
- Puech, M., Woisard, V. (2000). Rééducation des dysphagies chez l'adulte et chez l'enfant. Les approches thérapeutiques en orthophonie, tome 3, Ortho Edition, 113-151.
- Rinki Varindani Desai. (2017, janvier 16). Treating the Aging Swallow: One Size Does Not Fit All.
- Robbins, J., (1999). Old swallowing and dysphagia: thoughts on intervention and prevention. *Nutr Clin Pract.*, 14(5), 21–26.
- Rofes, L., Arreola, V., Romea, M., Palomera, E., Almirall, J., Cabré, M., ... Clavé, P. (2010). Pathophysiology of oropharyngeal dysphagia in the frail elderly: Swallow response in the frail elderly. *Neurogastroenterology & Motility*, 22(8), 851-e230. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2982.2010.01521.x>
- Rofes, L., Arreola, V., Mukherjee, R., & Clavé, P. (2014). Sensitivity and specificity of the Eating Assessment Tool and the Volume-Viscosity Swallow Test for clinical evaluation of oropharyngeal dysphagia. *Neurogastroenterology & Motility*, 26(9), 1256-1265. <https://doi.org/10.1111/nmo.12382>
- Ruglio, V., Girod-Roux, M., Acher, A., Lelièvre, C. (2017). Projet IDDSI pour une standardisation internationale des textures adaptées aux dysphagies, Traduction française des outils de l'IDDSI 2015. *Rééducation orthophonique*, 271, 191-217.
- Serra-Prat, M., Hinojosa, G., Lopez, D., et al. (2011). Prevalence of oropharyngeal dysphagia and impaired safety and efficacy of swallow in independently living older persons. *J Am Geriatr Soc.*, 59(1), 186–187.
- Smithard, D., O'Neill, P., England, R. et al. Dysphagia (1997). The Natural History of Dysphagia following a Stroke. *Dysphagia*, 12(4), 188 –193.

- Steele, C, Alsanei, Ayanikalath et al. The influence of food texture and liquid consistency modification on swallowing physiology and function: A systematic review. *Dysphagia*. 2015; 30: 2---26.
- Takeshi Kikutani, Fumiyo Tamura, Takashi Tohara, Noriakia Takahashi, Ken Yaegaki (2012). Tooth loss as risk for foreign body asphyxiation in nursing home patients. *Archives of Gerontology and Geriatrics*.
- Vandermeiren, G, Chevalier, P., Chaspierre, A., Christiaens, L., COUNESON, B., Hanset, M., ... Veys, C. (2017). Les troubles de la déglutition chez la personnes âgée : physiologie, pathologie et prise en charge. *FormulRInfo*, 3. Repéré à <http://www.farmaka.be/fr/formulrinfo>
- Volant, S. (2014). 693 000 résidents en établissements d'hébergement pour personnes âgées en 2011. *Drees - Etudes et Résultats*, 899.
- World Health Organization (2010). *International Classification of Diseases (ICD)*. Geneva : World Health Organization.
- Youtube. (2014, 24 mai). Vidéo sur la Déglutition et fausse route © Cédric Vignal. [Video file]. Retrieved from <https://www.youtube.com/watch?v=gVji1w0QYeA>.

Liste des annexes

Annexe n°1 : questionnaire d'investigation

Annexe n°2 : lettre d'information concernant le questionnaire d'investigation

Annexe n°3 : résultats du questionnaire d'investigation

Annexe n°4 : questionnaire d'évaluation de l'intervention de prévention

Annexe n°5 : résultats du questionnaire d'évaluation de l'intervention de prévention

Annexe n°6 : exemple d'une affiche de prévention

Annexe n°7 : exemple d'un questionnaire d'évaluation de l'affiche de prévention

Annexe n°8 : attestation de droit à l'image