

MEMOIRE

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

Justine SAULNIER

soutenu publiquement en juin 2019

**Dépistage et prise en charge des troubles de la
déglutition du sujet âgé :
formation aux équipes soignantes en EHPAD suite à une
évaluation des pratiques professionnelles en région Hauts-de-
France**

MEMOIRE dirigé par

Stéphanie PETIT, Orthophoniste, Cabinet libéral, Leers

François PUISIEUX, Gériatre, Hôpital gériatrique Les Bateliers, CHRU de Lille

À Marie et Élodie.

Remerciements

J'adresse mes plus grands remerciements à mes directeurs, Monsieur le Professeur François Puisieux et Madame Stéphanie Petit, ainsi qu'à ma lectrice, Madame Dominique Crunelle. Leur compréhension, leur soutien et leur bienveillance m'ont permis de mener à terme ce travail qui me tenait tant à coeur. Merci d'avoir cru en mon projet.

Merci à Monsieur le Professeur François Puisieux pour sa disponibilité, sa patience, son professionnalisme, ses explications et ses encouragements.

Merci à Madame Stéphanie Petit, qui bien avant l'encadrement de mon mémoire a été ma maître de stage. Son investissement, son professionnalisme, sa disponibilité, et sa patience resteront des modèles pour moi. Merci de m'avoir suivie et encouragée sans cesse dans cette longue aventure. La réalisation des formations n'aurait pu se faire sans sa présence. Merci infiniment pour tous ces kilomètres parcourus ensemble.

Merci à Madame Dominique Crunelle pour sa disponibilité, son professionnalisme et ses précieux conseils.

Je remercie la totalité des membres de chaque établissement, pour leur accueil, leur collaboration, leur bienveillance et leur disponibilité. Merci à tous les membres du personnel ayant pu être présents lors de mes formations.

Merci aux orthophonistes qui ont été présentes lors de mes formations, Mesdames : Stéphanie Petit, Estelle Vanden Bosch, Hélène Lemaire, Laurence Thérie-Harmégnies, Marie Cluis, Julie Paulet, Margaux Nobécourt, Charlotte Simon Suisse, Mathilde Levert, Sophie Cury, Eugénie Alleg et Justine Bidal.

Merci aux deux sapeurs pompiers du centre d'incendie et de secours de Bain de Bretagne qui m'ont accordé de leur temps. Je les remercie pour la richesse de leurs informations, leurs conseils et leurs exercices de mise en pratique.

Merci à Anaïs qui, grâce au prêt de sa voiture, m'a permis de me déplacer dans les différents établissements à moindre frais.

Un merci tout particulier à l'ensemble de mes maîtres de stage sans qui je ne serai pas l'orthophoniste en devenir que je suis aujourd'hui. Merci à Madame Virginie Adine qui m'a accueillie en stage durant trois belles années. Elle a su me transmettre avec passion son professionnalisme, ses expériences et sa bienveillance qui ne manqueront pas d'inspirer ma pratique future. Je tiens notamment à remercier Monsieur Baptiste Grau pour avoir accepté de moduler nos jours de stage afin que je réalise mes formations.

Merci à Madame Virginie Delbart Brieden pour sa relecture et sa disponibilité.

Merci à mes amis Bénédicte, Brice et Émile pour leur relecture.

Enfin, je remercie ma famille qui n'a cessé de croire en moi et qui m'a permis de mener à bien chaque étape de mon projet.

Merci à Héléna pour son perpétuel soutien et son aide précieuse.

Merci à ma mère qui m'a fait découvrir avec passion le métier d'aide-soignante. Elle m'a permis d'exercer en EHPAD durant de longues années. Sans elle et sans cette expérience professionnelle, ce mémoire n'aurait pu voir le jour...

Résumé :

Les troubles de la déglutition sont fréquemment observés chez les sujets âgés. Ils sont d'origine polyfactorielle et ont un impact négatif sur la qualité de vie. Leur fréquence peut atteindre plus de 60 % en institution. En EHPAD la prévention des fausses routes est une des préoccupations premières des personnels soignants. Cependant les troubles de la déglutition sont encore trop souvent sous-estimés et sous-diagnostiqués. C'est en partant de ce constat et dans le cadre d'une démarche d'évaluation des pratiques professionnelles proposée par le Comité Soins du PIRG qu'a été proposée une action d'information et de prévention des troubles de la déglutition aux personnels d'EHPAD. Notre objectif était d'améliorer le dépistage et la prise en charge des troubles de la déglutition puis de réaliser un état des lieux des connaissances et des pratiques professionnelles. Cinq EHPAD de la région Hauts-de-France ont bénéficié de cette action à raison de deux sessions par établissement. 101 professionnels ont bénéficié de ces interventions. 97 données ont été recueillies. Les équipes soignantes nous ont démontré un besoin d'être informées pour le repérage et la prise en charge des troubles de la déglutition. Les actions de prévention ont été bénéfiques. De par la pertinence des supports utilisés une évolution des connaissances et des pratiques a été possible. L'ensemble des résultats confirme l'importance de réaliser ce type d'action au sein des établissements. La prévention faisant partie du champ d'intervention des orthophonistes, il est envisageable que ces actions se poursuivent de façon longitudinale.

Mots-clés :

Gériatrie, prévention, trouble de la déglutition, dépistage, personnel soignant.

Abstract :

Swallowing disorders are frequently observed in elderly subjects. They are of polyfactorial origin and have a negative impact on quality of life. Their frequency can reach more than 60% in institutions. In nursing homes, the prevention against food swallowed in the wrong way is one of the main concerns of healthcare staff. However swallowing disorders are too often underestimated and under-diagnosed. It is on the basis of this observation and as part of a process of evaluation of professional practices proposed by the Care Committee of the PIRG that an action to inform and prevent swallowing disorders was proposed to nursing homes staff. Our objective was to improve the screening and management of swallowing disorders and then to carry out an inventory of knowledge and professional practices. Five nursing homes in the Hauts-de-France region benefited from this action for two sessions per institution. 101 professionals benefited from these interventions. 97 data were collected. The healthcare teams have shown us a need to be informed in order to identify and manage swallowing disorders. Prevention actions have been beneficial. Due to the relevance of the materials used, an evolution of knowledge and practices has been possible. All the results confirm the importance of carrying out this type of action within institutions. As prevention is part of the scope of intervention of speech and language therapists, it is conceivable that these actions will continue in a longitudinal way.

Keywords :

Geriatric, prevention, swallowing disorder, detection, health care personnel.

Table des matières

Introduction.....	1
Contexte théorique, buts et hypothèses.....	2
1.Contexte théorique.....	2
1.1.Orthophonie et prévention.....	2
1.2.Déglutir, un acte complexe.....	2
1.2.1.Définition.....	2
1.2.2.Rappel anatomique.....	2
1.2.3.Physiologie de la déglutition.....	3
1.3.Quand déglutir devient problématique pour le sujet âgé.....	3
1.3.1.Effets liés au vieillissement.....	3
1.3.2.Troubles de la déglutition acquis.....	4
1.3.3.Les causes iatrogènes.....	5
1.4.La prise en charge des troubles de la déglutition en institution gériatrique.....	5
1.4.1.Le dépistage.....	5
1.4.2.Les outils de dépistage.....	6
1.4.3.Les symptômes évocateurs.....	6
1.4.4.Les adaptations.....	6
1.4.5.International Dysphagia Diet Standardisation Initiative : IDDSI.....	7
1.4.6.Agir en cas de fausse route.....	7
2.Buts.....	8
3.Hypothèses.....	9
Méthode.....	9
1.Évaluation des pratiques professionnelles (EPP).....	9
2.Population de l'étude et démarche de recrutement.....	9
3.Matériel.....	10
3.1.Protocole de l'EPP.....	10
3.2.Courrier de sélection.....	10
3.3.Courrier d'invitation aux sessions d'information.....	11
3.4.Supports d'information.....	11
3.4.1.Support informatisé.....	11
3.4.2.Mises en situations.....	11
3.4.3.Documentaires supplémentaires.....	12
3.5.Questionnaire d'état des lieux des connaissances.....	12
3.6.Questionnaire de satisfaction des sessions d'information.....	12
4.Procédure.....	13
4.1.Évaluation des Pratiques Professionnelles.....	13
4.2.Action de prévention sur le dépistage et la prise en charge des troubles de la déglutition du sujet âgé.....	13
4.3.Analyse de l'évolution des pratiques.....	14
Résultats.....	14
1.Données concernant les EHPAD sélectionnés.....	14
2.Population de l'étude.....	15
2.1.Nombre de répondants.....	15
2.2.Profil des participants.....	16
2.2.1.Profession.....	16
2.2.2.Parcours des participants.....	17
2.2.3.Pratique professionnelle.....	17
3.Questionnaire d'état des lieux des connaissances.....	18
3.1.Évolution des connaissances.....	18
3.2.Connaissances théoriques.....	18

3.3.Symptômes évocateurs.....	19
3.4.Facteurs de risque.....	20
3.5.Installation du soignant.....	21
3.6.Adaptations des boissons et des aliments.....	21
4.Questionnaire de satisfaction.....	22
4.1.Les points forts de la formation.....	23
4.2.Points de la formation à améliorer.....	23
4.3.Apport de notions supplémentaires.....	24
5.Comparaison des résultats d’audits avant et après formation.....	24
Discussion.....	25
1.Rappel des objectifs.....	25
2.Rappel et interprétation des principaux résultats.....	25
2.1.Population de l’étude.....	25
2.2.Questionnaire d’état des lieux des connaissances.....	26
2.2.1.Évolution des connaissances.....	26
2.2.2.Limites.....	27
2.3.Questionnaire de satisfaction.....	27
2.3.1.Limites.....	28
2.4.Données des audits.....	28
3.Implication théoriques et pratiques.....	28
4.Pistes éventuelles.....	29
Conclusion.....	29
Bibliographie.....	31
Liste des annexes.....	33
Annexe n°1 : Échelle de dépistage EAT-10.....	33
Annexe n°2 : Évaluation des pratiques professionnelles – Protocole d'enquête.....	33
Annexe n°3 : Évaluation des pratiques professionnelles – Audit.....	33
Annexe n°4 : Courrier de sélection adressé aux responsables d'EHPAD.....	33
Annexe n°5 : Courrier d'invitation adressé aux orthophonistes du secteur géographique concerné.....	33
Annexe n°6 : Diaporama.....	33
Annexe n°7 : Mises en situations.....	33
Annexe n°8 : Affiche.....	33
Annexe n°9 : Brochure.....	33
Annexe n°10 : Questionnaire d'état des lieux des connaissances.....	33
Annexe n°11 : Questionnaire de satisfaction de la formation.....	33

Introduction

S'alimenter est un besoin physiologique nécessaire à la survie de la personne, mêlant des dimensions psychologiques, sociales, culturelles et physiques (Desuter et Remacle, 2015). L'acte de manger regroupe effectivement des moments de partage, de plaisir, d'envie, de convivialité, de sensorialité, ... De ce fait, la présence d'un trouble de la déglutition peut devenir un réel handicap pour la personne concernée comme pour l'aidant.

Les troubles de la déglutition sont d'origine polyfactorielle et ont un impact négatif sur la qualité de vie (Ekberg, Hamdy, Woisard, Wuttge-Hannig et Ortega, 2002). Ils sont fréquemment observés chez les sujets âgés, et davantage si ceux-ci sont institutionnalisés. Leur prévalence va en effet de 8 à 15 % chez les sujets âgés vivant à domicile, et de 30 à 40 % chez les sujets âgés vivant en institution (Puisieux et al., 2009). Ils sont aussi responsables de 4000 décès par an en France (Puisieux et al., 2009). Cependant dans de nombreux cas le diagnostic est difficile à établir et souvent posé de façon tardive (Allepaerts, Delcourt et Petermans, 2008). Fréquemment, les troubles de la déglutition ne sont pas identifiés par le personnel soignant, faute d'une formation suffisante à ce sujet (Pouderoux, Jacquot, Royer et Finiels, 2001). Les repas qui devraient être des moments de plaisir deviennent alors source de dangers et d'inquiétudes pour les soignants comme pour les personnes âgées. Un réel refus du risque est vécu par les équipes soignantes. C'est ce désir de protection professionnelle qui incite d'ailleurs les professionnels de santé à privilégier l'alimentation mixée dès les premiers signes de fausse route. En Établissement d'Hébergement pour Personnes Âgées Dépendantes (EHPAD), la prévention des fausses routes est au cœur des préoccupations des professionnels de santé, en particulier pour les aidants aux repas, où elle est particulièrement marquée par les craintes des fausses routes par obstruction, par la dénutrition (Tannou et Cormary, 2013) et par la déshydratation. Le repérage de troubles de la déglutition représente donc un enjeu pour prévenir les complications chez des patients déjà fragilisés (Hermabessière, Lacoste-Ferre, Laffon De Mazières, Vellas et Rolland, 2016) et nécessite une évaluation multidisciplinaire coordonnée et individualisée (Forster et al., 2013).

C'est en partant de ce constat et dans le cadre d'une démarche d'évaluation des pratiques professionnelles proposée par le Comité Soins du Pôle Interrégional de Gériatrie qu'une action d'information et de prévention des troubles de la déglutition, destinée aux personnels soignants, a été élaborée et mise en place sous la supervision d'une orthophoniste ayant plus de trois années d'expérience professionnelle. Cette action d'information et de prévention a été conduite dans cinq EHPAD préalablement sélectionnés. Le but principal était de sensibiliser les équipes soignantes aux troubles de la déglutition pour en favoriser le dépistage. En sus de cette action a été réalisé un état des lieux des connaissances sur le repérage et la prise en charge des troubles de la déglutition du sujet âgé. Notre mémoire se base sur la vérification des effets de l'action de prévention et ainsi sur l'hypothèse d'une évolution des pratiques professionnelles.

Premièrement seront ici présentés les aspects typiques de la déglutition ainsi que les effets du vieillissement sur cette dernière. Les troubles de la déglutition du sujet âgé étant notre thématique principale, ils seront notamment évoqués à travers leurs étiologies, leur dépistage et leur prise en charge en institution gériatrique.

Puis nous décrirons la méthodologie et le matériel employés au sein de ce projet.

Viendra enfin la présentation des finalités de ce travail.

Contexte théorique, buts et hypothèses

1. Contexte théorique

Au sein de cette partie seront rappelés les principaux éléments théoriques se rattachant à notre projet : le rôle de prévention de l'orthophoniste, la déglutition et ses dysfonctionnements. S'en suivra la prise en charge en institution gériatrique à travers les notions de dépistage, symptômes évocateurs, et adaptations.

1.1. Orthophonie et prévention

Selon l'OMS « la prévention est l'ensemble des mesures visant à éviter ou réduire le nombre et la gravité des maladies, des accidents et des handicaps ».

L'analyse des lois, décrets et articles du code de la santé publique nous indique que depuis 1992, la prévention fait partie du champ d'intervention des orthophonistes.

Cela a été de nouveau affirmé par le décret n°2004-802 2004-07-29, stipulant 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, la lutte contre l'illettrisme ou la recherche dans le domaine de l'orthophonie ».

1.2. Déglutir, un acte complexe

Chaque individu déglutit environ 1000 fois par jour (Forster et al., 2013). Cet acte d'apparence simple et naturelle se révèle pourtant d'une grande complexité, de par l'intervention de différents composants sensitifs, moteurs et psychologiques (Forster et al., 2013).

1.2.1. Définition

La déglutition est un acte moteur complexe mettant en jeu un très grand nombre de muscles (situés au niveau de la cavité buccale, du pharynx, du larynx et de l'œsophage) et de structures nerveuses (Dhonneur et Sauvat, 1998). Elle se réalise sous contrôle volontaire, réflexe et autonome (Desuter et Remacle, 2015). Ses objectifs sont de deux ordres : faire passer le bol alimentaire du milieu extérieur vers l'œsophage et assurer l'évacuation constante de la salive, des sécrétions nasales, des régurgitations gastriques ou des expectorations bronchiques, le tout en préservant les voies respiratoires (Dhonneur et Sauvat, 1998). Nous déglutissons une fois par minute en période de veille (Desuter et Remacle, 2015), durant les repas mais également au cours du sommeil à raison d'une fois toutes les cinq minutes (Deggouj, Derue, Estienne et Vander Linden, 2004).

La complexité de la déglutition est due à l'implication de nombreuses structures anatomiques mais aussi à la nécessité d'une parfaite coordination entre ces structures et les deux autres grandes fonctions du carrefour aérodigestif : la respiration et la phonation (Desuter et Remacle, 2015).

1.2.2. Rappel anatomique

Pour déglutir, différentes dynamiques se mettent en place : labiojugale, mandibulaire, linguale, vélaire, laryngée, pharyngée (Woisard-Bassols et Puech, 2011). Ces dynamiques sont de plus soumises aux contraintes posturales (Woisard-Bassols et Puech, 2011).

1.2.3. Physiologie de la déglutition

La déglutition physiologique est une succession de trois temps coordonnés s'effectuant bouche fermée : la phase orale, la phase pharyngée et la phase œsophagienne.

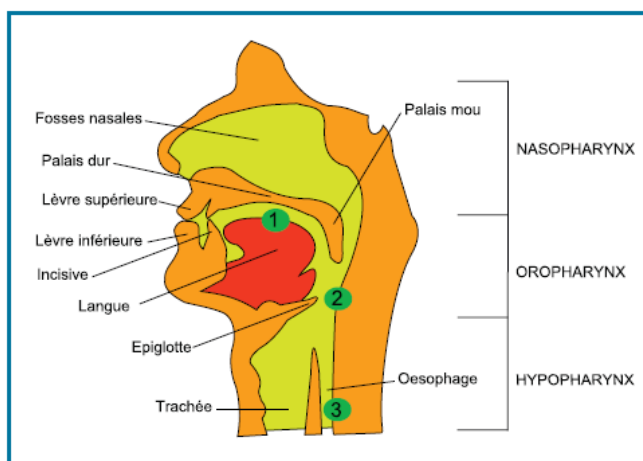


Image 1 : Schéma simplifié du carrefour aérodigestif et des trois principales étapes de la déglutition : la phase orale (1), la phase pharyngée (2), et la phase œsophagienne (3) (Forster et al., 2013)

(1) La phase orale est représentée par une succession d'actions automatico-volontaires. Elle se décompose en deux périodes : un temps préparatoire et un temps de transport.

Le temps préparatoire consiste en la contention de l'aliment en bouche, à sa mastication, au malaxage, à l'insalivation puis à la constitution du bol alimentaire qui sera adapté à la déglutition. Ce temps peut être de durée variable (Vidberg et Verchere, 2017) selon la consistance, la texture, le goût, le sentiment de satiété, l'environnement, ...

Le temps de transport apparaît après les phases de mastication et d'insalivation. Le bol alimentaire alors construit est propulsé par la contraction de la langue sur le palais. Le voile se ferme et la base de langue s'élève. Cela provoque le déclenchement du réflexe pharyngé.

(2) La phase pharyngée est la phase la plus courte et la plus complexe (Forster et al., 2013). Elle est représentée par l'ascension laryngée et par la fermeture des plis vocaux. Le bol alimentaire subit une progression vers le Sphincter Supérieur de l'Oesophage (SSO). Une vidange pharyngée se réalise par l'ouverture du SSO. Cette vidange nécessite un relâchement du plancher buccal.

(3) La phase œsophagienne est quant à elle involontaire et est la phase la plus longue. Elle consiste en la propulsion du bol alimentaire du pharynx vers l'estomac par des mouvements de péristaltisme œsophagien.

1.3. Quand déglutir devient problématique pour le sujet âgé

La déglutition peut s'avérer problématique pour la population gériatrique compte tenu : du vieillissement physiologique, de nombreuses pathologies organiques et de causes iatrogènes (Allapaerts, Delcourt et Petermans, 2008).

1.3.1. Effets liés au vieillissement

Les processus physiologiques du vieillissement entraînent un ralentissement global de la déglutition (Hermabessière, Lacoste-Ferre, Laffon De Mazières, Vellas et Rolland, 2016). Ils ont un impact sur les différentes structures et fonctions de la sphère oro-pharyngée avec

une modification de l'ensemble des structures bucco-dentaires, pharyngées, laryngées et œsophagiennes (Allapaerts, Delcourt et Petermans, 2008). De ce fait, les phases orale et pharyngée sont affectées. Nous parlons alors de presbyphagie. Différentes caractéristiques la représentent : un allongement du temps oral, un retard de déclenchement du réflexe de déglutition, une augmentation du seuil de sensibilité de la toux, une diminution du péristaltisme pharyngé, des troubles de relaxation du sphincter supérieur de l'œsophage (Allapaerts, Delcourt et Petermans, 2008). Des perturbations de la sensibilité intra-buccale qui nuisent au déclenchement de la motricité buccale sont également à prendre en compte.

1.3.2. Troubles de la déglutition acquis

Les troubles de la déglutition correspondent aux difficultés de transport des aliments de la bouche jusqu'à l'estomac et aux difficultés de protection des voies aériennes pendant cette période (Woisard-Bassols et Puech, 2011). Ils sont fréquemment rencontrés dans la population gériatrique et particulièrement en EHPAD (Hermabessière, Lacoste-Ferre, Laffon De Mazières, Vellas et Rolland, 2016).

De nombreuses pathologies organiques fréquentes chez le sujet âgé peuvent altérer la déglutition comme l'illustre le Tableau I.

Tableau I. Causes les plus fréquentes de troubles de la déglutition (Woisard-Bassols et Puech, 2011).

<p>Infectieuse Carie, abcès dentaire Mucites Angines, abcès péripharyngien Épiglottite Oesophagite Polyomyélite Diphtérie Botulisme Maladie de Lyme Syphilis</p> <p>Structurelle Tumeurs des voies aérodigestives supérieures Dysfonctionnements du sphincter supérieur de l'oesophage Diverticule de Zenker Sténoses et compressions extrinsèques Ingestion de caustiques (accidentelles ou volontaires) Corps étrangers Ostéophytes et autres anomalies du squelette Malformations congénitales ou acquises Pathologies de l'articulation temporo-mandibulaire Édentation, prothèse mal adaptée</p> <p>Neurologique Sclérose latérale amyotrophie Syndromes extra pyramidaux Maladie de Huntington Sclérose en plaques Démences Tumeurs du tronc cérébral Accidents vasculaires Traumatismes crâniens Les syndromes malformatifs de la filière craniocérébrale Paralyse des paires crâniennes</p>	<p>Infirmité motrice d'origine cérébrale Troubles de la coordination : syndromes cérébelleux Dystonies</p> <p>Myopathie Dermatomyosite Polymyosite Dystrophie myotonique Dystrophie oculopharyngée Myasthénie Sarcoïdose Syndrome paranéoplasique</p> <p>Métabolique Syndrome de Cushing Hyperthyroïdie Diabète Amylose Maladie de Wilson</p> <p>Maladie de système Sclérodémie Lupus érythémateux Syndrome de Gougerot Sjögren Crest syndrome</p> <p>Iatrogène Effets secondaires des médicaments Radiothérapie Suites et/ou séquelles de chirurgie musculaire ou neurologique Intubation et trachéotomie Sonde nasogastrique</p> <p>Divers Psychiatrique Reflux gastro-oesophagien Xérostomie, troubles de la salive Les carences en vitamine B12 et en fer Syndrome de Guillain-Barré</p>
--	---

Dans le cadre de troubles de la déglutition acquis (atteintes neurologiques, affections musculaires, affections de la sphère ORL), le terme de dysphagie est employé. La dysphagie est « l'incapacité temporaire ou permanente, partielle ou totale, d'avaler par la bouche les aliments ou liquides servant à l'alimentation » (Brin-Henry, Courrier, Lederlé et Masy, 2011).

Elle peut entraîner des fausses routes, des infections des voies respiratoires inférieures, une dénutrition et un isolement social.

1.3.3. Les causes iatrogènes

Les troubles de la déglutition d'origine iatrogène sont aussi fréquents. D'après Finiels, Strubel et Jacquot (2001), ils peuvent s'observer dans les suites d'une radiothérapie cervicale, de gestes chirurgicaux effectués au niveau ou à distance de l'oropharynx, lors d'une intubation trachéale ou de l'utilisation de sondes d'alimentation ainsi qu'à l'occasion de traitements médicamenteux divers. Ces derniers peuvent effectivement avoir différents impacts (Allapaerts, Delcourt et Petermans, 2008) :

- modifier l'état de vigilance (ex. les benzodiazépines, les somnifères) ;
- favoriser les dyskinésies oro-faciales (ex. les neuroleptiques) ;
- altérer la salivation (ex. les anti-cholinergiques) ;
- irriter la muqueuse œsophagienne (ex. les biphosphonates per os) (Forster et al., 2013).

1.4. La prise en charge des troubles de la déglutition en institution gériatrique

Au sein de la population gériatrique, les troubles de la déglutition sont certainement sous-estimés et sous-diagnostiqués malgré leur fréquence (Forster et al., 2013). En institution gériatrique, leur reconnaissance et leur prise en charge deviennent donc un enjeu majeur dans l'approche gériatrique du patient (Forster et al., 2013).

1.4.1. Le dépistage

Il est fréquent que des troubles de la déglutition d'apparition progressive restent méconnus et ne soient identifiés qu'à l'occasion de complications (Capet, Delaunay, Idrissi, Landri et Kadri, 2007). En institution gériatrique, un dépistage des troubles de la déglutition est recommandé ce qui nécessite que les personnels soignants soient dans la capacité de repérer ces troubles pour ensuite les signaler.

Les tests d'observation de prise alimentaire restent les plus utilisés pour le dépistage des troubles de la déglutition (Woisard-Bassols et Puech, 2011). Ils permettent de visualiser selon Lacau-St Guily (1998) :

- les difficultés liées à la posture ou à la motricité ;
- la qualité de la phase orale (ouverture buccale, continence labiale, mastication, ...) ;
- le déclenchement du temps pharyngé marqué par l'ascension laryngée (de légers mouvements verticaux répétés du larynx indiquent la nécessité d'un arrêt immédiat de la prise alimentaire, l'initiation du mouvement ne se réalisant pas) ;
- les efforts répétés de déglutition d'une même bouchée (signes d'une atteinte des capacités propulsives du pharynx ou d'une difficulté de franchissement du SSO).

Un dépistage réussi permettra l'orientation vers des examens complémentaires, une rééducation orthophonique si nécessaire, et particulièrement la proposition de mesures adaptatives pour l'alimentation et l'hydratation (Capet, Delaunay, Idrissi, Landri et Kadri, 2007). Un travail pluridisciplinaire est dans ce contexte primordial.

Cette action de repérage et de dépistage est mise en avant au sein de ce projet et concerne tous les professionnels exerçant quotidiennement auprès du résident, particulièrement ceux présents au cours des repas.

1.4.2. Les outils de dépistage

Différentes échelles de dépistage existent : DHI, EAT-10, COLP-FR-G, ... Une seule échelle nous intéresse au sein de notre projet : l'échelle d'auto-évaluation EAT-10 (Eating Assessment Tool, Belafsky et al., 2008) (cf. Annexe 1). C'est en effet l'unique outil de passation rapide, simple, qui ne nécessite aucune formation du personnel.

L'échelle EAT-10 a été validée pour documenter la sévérité d'une dysphagie et suivre la réponse à un traitement dans le temps (Forster et al., 2013). Elle comporte dix items, chacun coté de zéro à quatre.

Pour un score supérieur ou égal à trois, la dysphagie est évidente et peut faire l'objet d'une thérapie. Le médecin traitant doit alors être informé du résultat et proposer un traitement adapté. Si le patient obtient un score inférieur ou égal à deux points, il faudra alors réitérer la passation dès l'apparition de changements dans les symptômes dysphagiques.

1.4.3. Les symptômes évocateurs

« S'intéresser à une difficulté, c'est commencer à la résoudre » (Merrot, Guatterie et Chevalier, 2011). Avoir connaissance des symptômes évocateurs est primordial.

D'après Puisieux et collaborateurs (2009), les troubles de la déglutition peuvent être évoqués en cas de :

- fausse route aiguë ;
- symptômes d'emblée évocateurs :
 - gêne pour avaler,
 - fuites alimentaires par la bouche,
 - reflux nasal, blocage alimentaire,
 - modification de la voix (voix mouillée),
 - toux immédiate ou différée ;
- symptômes souvent mal interprétés :
 - bavage,
 - résidus alimentaires en bouche,
 - réduction de la prise alimentaire,
 - refus complet de s'alimenter dans un cadre collectif,
 - maintien prolongé des aliments en bouche,
 - prolongation de la durée des repas,
 - hémmeage,
 - amaigrissement avec retentissement sur l'état général,
 - pneumopathies récidivantes,
 - épisodes fébriles inexplicables.

Notons que selon Woisard-Bassols et Puech (2011), les critères les plus fiables en termes de dépistage des troubles de la déglutition sont : une voix mouillée après la déglutition ; une toux, un raclement de gorge ou un hémmeage pendant la déglutition ; une toux anormale après la déglutition.

1.4.4. Les adaptations

Les stratégies d'adaptations se doivent d'être connues et accessibles à tous les intervenants directs auprès du patient. Les étiologies et la gravité des troubles de la déglutition

doivent obligatoirement être prises en compte pour toute mise en place d'adaptation (Puisieux et al., 2009). Différents types d'adaptations existent :

- l'assurance et le maintien d'une bonne hygiène buccodentaire (Forster et al., 2013);
- l'adaptation des prothèses dentaires (Forster et al., 2013) ;
- les adaptations de l'environnement (Woisard-Bassols et Puech, 2011) :
 - supprimer les éléments perturbateurs (éviter les distractions, diminuer l'anxiété liée au repas, dédramatiser le moment du repas, ...),
 - favoriser l'autonomie du patient à travers son installation,
 - choisir les bons ustensiles,
 - modifier les textures alimentaires et liquides,
 - utiliser au mieux les caractéristiques du bolus afin d'augmenter les informations sensibles et sensorielles.

1.4.5. International Dysphagia Diet Standardisation Initiative : IDDSI

Le projet pour une standardisation internationale des textures adaptées à la dysphagie (IDDSI) a été initié en 2013 et traduit en français en 2018. L'IDDSI apporte une nouvelle terminologie, universelle et standardisée. Il décrit « les aliments de texture modifiée et les liquides épaissis utilisés auprès de personnes dysphagiques de tous âges, dans tout type de structures de soins, et au sein de toutes les cultures » (Groupe de travail ERU 42 LURCO, Ruglio, Girod-Roux et Acher, 2018).

En plus des descriptions, l'IDDSI contient des méthodes de mesure ainsi qu'un diagramme. C'est ce dernier qui nous intéressera ici. Le diagramme apporte en effet une représentation visuelle des adaptations possibles des textures des aliments et des boissons.

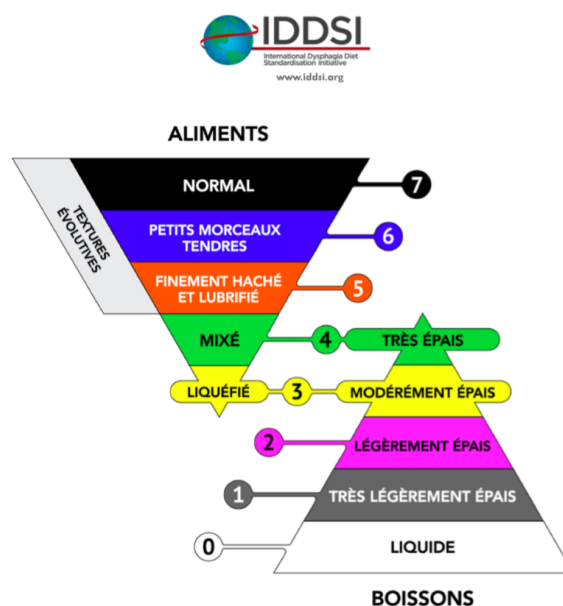


Diagramme 1 : IDDSI (Traduction française par le groupe de travail ERU 42 LURCO : Ruglio, Girod-Roux et Acher, 2018)

1.4.6. Agir en cas de fausse route

Les fausses routes sont définies comme des passages alimentaires dans les voies respiratoires (Desport, Jésus, Fayemendy, De Rouvray et Salle, 2011). L'obstruction des voies aériennes supérieures peut être plus ou moins importante. Il peut s'agir de fausses routes dites « non obstructives » (l'air peut circuler) ou de fausses routes appelées « obstructives » (le passage de l'air dans la trachée se trouve bloqué) (Vidberg et Verchere, 2017). Les fausses

routes sont généralement signées par les symptômes d'emblée évocateurs. Cependant, une absence de toux ne signifie pas obligatoirement une absence de fausse route (Puisieux et al., 2009). En effet dans 9 à 50 % des cas les patients ne toussent pas. Nous parlons alors de fausses routes silencieuses (Salle, Lissandre, Morizio, Bouthier-Quintard et Desport, 2009).

En cas de fausse route, qu'elle soit obstructive ou non, il sera nécessaire de (Woisard-Bassols et Puech, 2011) :

- calmer la victime et la rassurer ;
- encourager la toux ;
- désobstruer ses voies respiratoires par des percussions (séries de cinq), et si besoin par la manœuvre de Heimlich ou techniques dérivées (pressions thoraciques en cas d'obésité, ou sur une victime en fauteuil roulant).

Lors des fausses routes il est proscrit de :

- demander au patient de mettre sa tête en arrière : cela favorise l'ouverture de ses voies respiratoires et par conséquent aggrave la fausse route ;
- donner à boire. Les réponses nerveuses réflexes étant fragilisées, l'organisme ne pourrait répondre favorablement à une nouvelle fausse route.

Si après ces manœuvres la victime reste inconsciente et ne respire toujours pas il convient d'enlever tout corps étranger pouvant être dans sa bouche ou un éventuel dentier, de l'allonger et de débiter la réanimation cardio-pulmonaire.

2. Buts

Les troubles de la déglutition sont fréquemment observés en institution gériatrique (Capet, Delaunay, Idrissi, Landri et Kadri, 2007). Ils concernent aussi bien l'aide-soignant qui est l'intervenant principal lors des temps de repas, que l'infirmier, le cadre de santé, le médecin, le diététicien, l'ergothérapeute, le kinésithérapeute, l'orthophoniste, le chirurgien-dentiste et le pharmacien (Hermabessière, Lacoste-Ferre, Laffon de Mazières, Vellas, et Rolland, 2016). Les symptômes restent cependant souvent peu visibles ou mal interprétés. De par un manque de connaissances, des choix de textures ainsi qu'un maintien de celles-ci sont réalisés sans prise en compte de l'état réel du patient. C'est à travers ces différentes informations qu'il semble capital d'informer les professionnels de santé sur le dépistage et la prise en charge des troubles de la déglutition, tout en favorisant un travail pluridisciplinaire.

Ce travail a donc pour but d'améliorer le dépistage et la prise en charge des troubles de la déglutition en sensibilisant et en informant les équipes soignantes d'EHPAD. L'action de prévention proposée à cinq EHPAD doit permettre aux personnels soignants de comprendre la physiologie de la déglutition, les mécanismes des fausses-routes, d'en déterminer les facteurs qui y contribuent et de proposer des mesures permettant de diminuer l'apparition des fausses routes et leurs conséquences en collectivité. En parallèle, nous avons pour objectif de favoriser les échanges pluridisciplinaires. Nous espérons que cette intervention permettra d'orienter plus rapidement les résidents atteints de troubles de la déglutition vers un orthophoniste.

Cette action de prévention fait suite à une Évaluation des Pratiques Professionnelles (EPP) réalisée dans l'interrégion Nord-Ouest et proposée par le Comité Soins du Pôle

Interrégional de Gérontologie (PIRG). Au sein de l'EPP, un état des lieux des pratiques et des connaissances des personnels soignants a été réalisé via un audit et un questionnaire.

3. Hypothèses

Nous formulons l'hypothèse que les équipes soignantes d'EHPAD, faute de formation, ressentent le besoin d'être informées concernant le repérage et la prise en charge des troubles de la déglutition.

Plus spécifiquement, grâce à un état des lieux des connaissances en pré et post-formation ainsi qu'à une seconde passation de l'audit en post-formation, l'hypothèse d'une évolution des pratiques professionnelles pourra être vérifiée. Ainsi, la pertinence des outils et les effets de l'action de prévention seront objectivés.

Méthode

Notre méthode s'inspire du mémoire réalisé par Madame Virginie Delbart Brieden « Dépistage et prise en charge pluridisciplinaire des troubles de la déglutition du patient âgé et rôle de l'orthophoniste : Action de prévention auprès des professionnels de l'Hospitalisation A Domicile en Nord Pas-de-Calais ».

Nous rappellerons dans cette partie le cadre dans lequel s'inscrivait notre travail puis nous détaillerons la population de l'étude et les modalités de recrutement. Nous verrons ensuite les dispositifs utilisés ainsi que l'organisation et le déroulé de notre projet.

1. Évaluation des pratiques professionnelles (EPP)

L'EPP concernait ici la prise en charge des troubles de la déglutition en gériatrie (cf. Annexes 2 et 3). Elle s'inscrivait dans une dynamique globale d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins délivrés aux patients. Cette EPP a été proposée en mars 2017 à l'ensemble des EHPAD de l'interrégion Nord-Ouest par le Comité Soins du PIRG. Elle a été réalisée sur la base du volontariat.

2. Population de l'étude et démarche de recrutement

L'étude s'adressait aux personnels soignants des EHPAD de la région Hauts-de-France ayant participé à la démarche d'EPP.

Face à la dimension interrégionale imposée par l'EPP, nous souhaitions être les plus représentatifs possible. Parmi les EHPAD volontaires à la réalisation de l'EPP, 30 ont fait parvenir leurs résultats d'audit initial. Nous précisons que les résultats d'audit ont fait l'objet d'une thèse soutenue en septembre 2018 par Monsieur Maxime Guillon.

Parmi ces 30 EHPAD, 5 ont ensuite été sélectionnés pour bénéficier de l'action de prévention selon :

- l'existence ou non d'un protocole de dépistage ou de diagnostic des troubles de la déglutition au sein des services ;
- l'orientation ou non du résident vers un orthophoniste en cas de diagnostic de trouble de la déglutition ;

- l'absence de formation sur les troubles de la déglutition et la prévention des fausses routes des aides-soignants et/ou des infirmiers diplômés d'état et/ou du médecin coordonnateur, ou,
- l'ancienneté de la dernière formation sur les troubles de la déglutition et la prévention des fausses routes devant être de plus de 5 ans pour l'ensemble du personnel (ici était notifiée la nécessité d'effectuer un rappel vis-à-vis de ces connaissances) ;
- leur proximité géographique (avec pour base un maximum d'une heure de trajet à partir de LILLE).

Des différences de fonctionnement peuvent être observées entre les EHPAD sélectionnés, notamment en fonction :

- du projet d'établissement ;
- de leur rattachement à un centre hospitalier ;
- du niveau de dépendance des résidents (GIR Moyen Pondéré) ;
- du budget alloué à la formation du personnel soignant.

Suite à cette sélection, un courrier de sélection a été transmis aux responsables des différents EHPAD afin d'obtenir leur accord de participation (cf. Annexe 4). Les responsables des cinq EHPAD contactés ont répondu positivement. Ils étaient effectivement désireux de renforcer les connaissances de leurs équipes soignantes via la réalisation de cette action de prévention au sein de leur établissement. Au total, 101 membres du personnel soignant ont été volontaires pour assister à ces interventions.

3. Matériel

3.1. Protocole de l'EPP

Une démarche d'EPP sur la prise en charge des troubles de la déglutition en gériatrie a été proposée par le Comité Soins du PIRG à l'ensemble des EHPAD de l'interrégion Nord-Ouest via un protocole d'enquête envoyé par mail en mars 2017 (cf. Annexe 2). À ce courrier d'invitation était joint l'audit initial (cf. Annexe 3). Cette grille d'audit, préalablement testée dans trois établissements, consistait principalement en l'observation de trois résidents connus comme ayant des troubles de déglutition au moment de la prise d'un repas.

3.2. Courrier de sélection

En octobre 2018 un courrier de sélection a été communiqué par mail aux responsables des cinq EHPAD sélectionnés ainsi qu'aux médecins coordonnateurs (cf. Annexe 4). Ce courrier intitulé « Action de prévention sur le dépistage et la prise en charge des troubles de la déglutition du sujet âgé » indiquait :

- le cadre dans lequel s'inscrivait notre démarche ;
- l'objectif et le contenu de notre action de prévention ;
- le déroulé de notre démarche ;
- le planning prévisionnel.

Au mail était également joint un tableau des disponibilités permettant aux responsables d'EHPAD de sélectionner 2 dates parmi les 32 dates proposées. Nous souhaitions en effet réaliser deux sessions par établissement afin de former un plus grand nombre de

professionnels tout en tenant compte des roulements d'équipe. Cela nous permettait d'ajouter un critère de validité externe à notre travail.

3.3. Courrier d'invitation aux sessions d'information

Afin de respecter le cadre déontologique du projet, les orthophonistes du secteur géographique concerné par l'action de prévention ont été invités à co-animer les sessions d'information, s'ils le souhaitaient, via un courrier d'information communiqué par voie postale (cf. Annexe 5). Le secteur géographique concerné était déterminé selon un rayon maximum de cinq kilomètres à partir de l'EHPAD où chaque action de prévention était menée.

Ce courrier intitulé « Courrier d'invitation » indiquait :

- le cadre dans lequel s'inscrivait notre démarche ;
- le lieu, date et heure de formation ;
- l'objectif et le contenu de notre action de prévention.

Vingt-et-un orthophonistes ont été contactés, huit ont répondu par la positive.

3.4. Supports d'information

3.4.1. Support informatisé

Pour des raisons pratiques, le support informatisé, support principal de la formation, se présentait sous la forme d'un diaporama (cf. Annexe 6). Afin qu'il y ait une continuité entre l'audit et ce support nous avons souhaité en reprendre les thématiques importantes : dépistage, prise des médicaments, adaptations, environnement et installation lors des temps de repas.

Le support informatisé avait donc pour base les notions suivantes :

- l'anatomie et la physiologie de la déglutition notamment chez le sujet âgé ;
- les pathologies associées ;
- les conséquences des troubles de la déglutition ;
- l'identification des troubles de la déglutition, leurs signes d'alerte et leurs facteurs favorisants ;
- les conduites à tenir en cas de fausse route (recommandations) ;
- la prévention des troubles (installation et environnement lors du repas, hygiène buccodentaire, ustensiles, textures, médicaments. Ces éléments étaient abordés à travers les concepts de maintien de l'autonomie et de plaisir lors des temps de repas).

Pour permettre la visualisation des mécanismes en action lors d'une déglutition physiologique et d'une fausse route, la vidéo *Déglutition et fausse route chez le sujet âgé* réalisée par C. Vignal, en collaboration avec V. Ruglio et le Dr C. Szekely, a notamment été présentée.

3.4.2. Mises en situations

Des mises en situation ont été proposées aux équipes soignantes pour favoriser les échanges et permettre l'expérimentation de situations inconfortables (cf. Annexe 7). Ces ateliers précédaient la partie « prévention des troubles ». Les participants pouvaient donc en amont raisonner collectivement sur les adaptations possibles et réalisables.

Afin de rendre ces mises en situations concrètes, des compotes et de l'eau gélifiée (ou de l'épaississant) étaient fournies par l'établissement. Certains établissements ne possédaient cependant pas d'eau gélifiée. De l'épaississant était alors mis à disposition. Dans ce cas, avant de débiter les ateliers, il était demandé à un membre du personnel habitué à cette adaptation de réaliser quelques verres de boisson épaissie. L'objectif premier était d'obtenir une

représentativité maximale de ce qui était servi quotidiennement aux résidents avec un trouble de la déglutition en termes de texture et de goût.

Chaque mise en situation était réalisée de façon duelle pour représenter patient et soignant. Ces ateliers permettaient de conscientiser les membres du personnel présents quant à leur pratique professionnelle ainsi qu'au vécu du sujet âgé atteint de trouble de la déglutition.

Seule la mise en situation numéro 1 n'était pas réalisée de la même façon lors des sessions courtes ou longues. En version courte, un seul membre du personnel réalisait la consigne patient. Si un manque de désir de participation était relevé, nous avons nous-même réalisé cet exercice. Les autres participants indiquaient dès lors les changements à opérer.

3.4.3. Documents supplémentaires

Afin d'enrichir la transmission d'informations, différents éléments étaient mis à disposition en fin d'intervention :

- une affiche imprimée au format A3 à destination du service « Comment s'installer pour éviter les fausses routes » réalisée par Hurel J. et Lem J., orthophonistes. Elle synthétise les conseils d'installation et les adaptations de l'environnement lors du repas (cf. Annexe 8).

- une brochure imprimée recto-verso au format A4 « Dépistage et prise en charge des troubles de la déglutition du sujet âgé » réalisée dans le cadre de ce mémoire. Ce document était distribué à tous les professionnels présents. Il synthétise les éléments prégnants de l'action : les aspects théoriques, les conseils d'installation, les adaptations (matérielles et de textures), les signes évocateurs de fausse route et les mesures simples de prévention pour un repas dans de bonnes conditions (cf. Annexe 9).

3.5. Questionnaire d'état des lieux des connaissances

L'état des lieux des connaissances des équipes soignantes concernant le dépistage et la prise en charge des troubles de la déglutition de la personne âgée s'est fait à travers un questionnaire d'enquête (cf. Annexe 10). Il était anonyme, de passation rapide et composé de questions sur la pratique professionnelle et sur les connaissances théoriques des personnels soignants. La profession des répondants était prise en compte dans l'analyse des réponses. Notons qu'elle n'était demandée qu'en fin de questionnaire afin d'éviter toute orientation des réponses en fonction du métier exercé par les répondants.

La passation du questionnaire d'état des lieux des connaissances en pré et post session d'information évaluait les acquis permis par cette action de prévention. Afin de réduire les coûts d'imprimerie il était possible de répondre deux fois aux items un à neuf ainsi qu'à l'item treize. Les cases à gauche symbolisaient les réponses pré formation, celles de droites les réponses post formation. Pour faciliter l'analyse des données et pour limiter une marge d'erreur possible entre les notions de gauche et droite un code couleur avait été mis en place : les répondants utilisaient un stylo bleu en pré formation, puis un stylo rouge en post formation. Cela leur permettait une autocorrection de leurs réponses. Les stylos étaient fournis par nos soins.

3.6. Questionnaire de satisfaction des sessions d'information

Le questionnaire de satisfaction évaluait le degré d'accord des répondants selon différentes affirmations. Il se présentait sous forme d'une échelle de Likert et utilisait, selon la méthode initiale, les réponses « tout à fait d'accord/pas du tout d'accord » (Hogan, 2017).

Seulement 4 valeurs étaient représentées afin que le répondant exprime clairement son degré d'accord. Cela nous permettait d'éviter les valeurs neutres.

Le questionnaire de satisfaction était anonyme et de passation rapide. Il se composait de questions sur l'information de la thématique aux équipes en pré formation, le contenu de formation, l'impact de l'action de prévention sur les pratiques, l'appréciation générale et le besoin de reconduction.

La profession des répondants était prise en compte dans l'analyse des réponses. Notons qu'elle n'était demandée qu'en fin de questionnaire afin d'éviter toute orientation des réponses en fonction du métier exercé par les répondants.

4. Procédure

4.1. Évaluation des Pratiques Professionnelles

Au sein de l'EPP, des audits initiaux ont été réalisés dans plusieurs EHPAD sous la direction de médecins coordonnateurs. Les résultats ont été recueillis et analysés. Suite à cette analyse, cinq EHPAD ont été sélectionnés pour bénéficier de l'action de prévention.

4.2. Action de prévention sur le dépistage et la prise en charge des troubles de la déglutition du sujet âgé

Deux sessions d'information étaient réalisées par établissement parmi les cinq EHPAD sélectionnés. Ces interventions étaient faites sous la supervision d'une orthophoniste ayant plus de trois années d'expérience professionnelle.

Lors des sessions d'information, il nous semblait essentiel de mêler théorie et pratique à travers des mises en situations. Nous souhaitions également promouvoir l'importance d'une évaluation orthophonique en cas de suspicion d'un trouble de la déglutition.

Pour mener à bien chacune de ces interventions, une salle avec un rétroprojecteur était à disposition. Les EHPAD fournissaient également le nécessaire aux mises en situations : verres, cuillères, compotes, eau gélifiée ou épaississant, et boisson. Afin de prendre contact avec le personnel, de prendre connaissance des lieux, de s'adapter à l'organisation des salles, et de réaliser les branchements nécessaires, il nous fallait être présents trente minutes avant chaque action de prévention.

La durée de chacune des interventions a été déterminée avec les cadres de santé des EHPAD participants. Pour indication la version longue, réalisée dans un EHPAD, durait une heure vingt minutes. La version courte ne devait pas dépasser une heure dix minutes pour des raisons de disponibilité des équipes soignantes. Ce temps était gagné grâce à une organisation différente de la première mise en situation. Cela ne modifiait donc pas l'apport de connaissances.

En début de chaque session d'information était transmis un questionnaire aux professionnels présents. Ce questionnaire faisait état des lieux de leurs connaissances et se présentait sous la forme de questions courtes. Les participants devaient répondre à l'ensemble des items. Pour cela, il leur fallait remplir les cases situées à gauche de chaque item tout en respectant le code couleur donné. Les stylos étaient fournis par nos soins. Lorsque la réponse leur était inconnue, les participants avaient la possibilité d'indiquer un point d'interrogation à

côté de l'item concerné. Nous avons pu dès lors identifier les manques de connaissances et les attentes des personnels soignants concernant les troubles de la déglutition.

En fin de formation étaient distribués sous format papier : une affiche « Comment s'installer pour éviter les fausses routes » ; à chaque professionnel présent une brochure reprenant les points cruciaux du diaporama ; des questionnaires de satisfaction permettant une amélioration continue du système de formation.

Ensuite étaient transmis aux cadres de santé par mail l'ensemble des supports de formation avec une autorisation de diffusion ainsi que l'échelle de dépistage EAT-10.

Ces supports permettaient de faciliter la compréhension des messages véhiculés et donc d'en faciliter l'apprentissage. Ils avaient notamment pour rôle de rappeler les informations apportées, et ce de façon pérenne. L'échelle de dépistage EAT-10 était transmise pour garantir une orientation plus aisée vers une évaluation orthophonique.

Pour indication, le diaporama était continuellement revu suite à différents retours en post formation afin d'améliorer et d'alléger son contenu.

4.3. Analyse de l'évolution des pratiques

L'analyse de l'évolution des pratiques était faite à travers une nouvelle administration du questionnaire d'état des lieux des connaissances mais cette fois-ci en fin de formation. Les professionnels devaient reprendre les items un à neuf ainsi que l'item treize. Pour cela, il leur suffisait de remplir les cases situées à droite de chaque item, en respectant le code couleur donné. Les stylos étaient fournis par nos soins.

S'en suivait une nouvelle réalisation de l'audit des pratiques soignantes après plusieurs semaines en post formation.

Ce projet s'est donc déroulé de la façon suivante : recueil des audits initiaux et sélection des cinq EHPAD, création des courriers, création des supports de formation, transmission du courrier de sélection aux cinq EHPAD, positionnement des dates de formation en accord avec les médecins coordonnateurs et les cadres de santé, envoi du courrier d'invitation aux orthophonistes de chaque secteur géographique concerné, réalisation de l'intervention « Dépistage et prise en charge des troubles de la déglutition du sujet âgé », recueil des données des différents questionnaires et de la seconde passation de l'audit.

Les résultats obtenus suite aux différents recueils de données seront détaillés dans la partie suivante.

Résultats

Seront présentés ici les caractéristiques des EHPAD sélectionnés puis les résultats quantitatifs et qualitatifs obtenus aux différents questionnaires ainsi qu'aux audits.

1. Données concernant les EHPAD sélectionnés

Les établissements sélectionnés diffèrent selon la présence ou non d'un protocole de dépistage ou de diagnostic des troubles de la déglutition, le nombre de professionnels formés, l'ancienneté ou l'absence de formation du médecin coordonnateur et l'orientation ou non vers un orthophoniste en cas de trouble de la déglutition (Tableau II).

Tableau II. Données issues des audits initiaux ayant permis la sélection des cinq établissements.

	EHPAD 1	EHPAD 2	EHPAD 3	EHPAD 4	EHPAD 5
Proximité géographique	30 minutes de LILLE	45 minutes de LILLE	30 minutes de LILLE	30 minutes de LILLE	50 minutes de LILLE
Protocole de dépistage ou de diagnostic des troubles de la déglutition	Non existant	Existant	Existant	Non existant	Non existant
Personnel formé sur les troubles de la déglutition et la prévention des fausses routes sur les 5 dernières années	AS : 0 sur 38 IDE : 0 sur 8	AS : 0 sur 23 IDE : 0 sur 3	AS : oui, nombre non précisé IDE : 3 sur 5	AS : 10 sur 16 IDE : 3 sur 3	AS : 0 IDE : 0 sur 4
Ancienneté de formation du médecin coordonnateur sur les troubles de la déglutition et la prévention des fausses routes	2007	2008	2013	2013	Absence de formation
Orientation vers un orthophoniste en cas de trouble de la déglutition	Non	Non	Oui	Non	Oui

Note. AS : aide-soignant, IDE : infirmier Diplômé d'État.

Des différences s'observent entre les établissements sélectionnés selon leurs caractéristiques (type, zone, rattachement, GIR Moyen Pondéré) et leurs fonctionnements (projet d'établissement, budget alloué à la formation du personnel soignant) (Tableau III).

Tableau III. Caractéristiques et fonctionnements propres aux établissements.

	EHPAD 1	EHPAD 2	EHPAD 3	EHPAD 4	EHPAD 5
Type	Public	Privé à but non lucratif, loi 1901	Public	Privé à but non lucratif, loi 1901	Privé
Zone	Urbaine	Urbaine	Rurale	Rurale	Rurale
Projet d'établissement	Amélioration de la qualité de vie, préservation et maintien de l'autonomie des résidents, atténuation des souffrances causées par la perte de leur autonomie	Prise en charge de résidents atteints de démences Alzheimer et/ou apparentées	Oui, mais non précisé	Oui, mais non précisé	Accompagnement <i>Humanitude</i>
Rattachement	Oui, à un groupement hospitalier	Aucun	Aucun	Oui, à deux centres hospitaliers par convention	Aucun
GIR Moyen Pondéré	772	901	778	835	741
Budget alloué à la formation du personnel soignant	887 600€ en 2019	Budget groupé	18 000€ en 2019	Budget variant selon les années	33 572€ en 2018

L'EHPAD 3 et l'EHPAD 4 ont indiqué avoir un projet d'établissement sans en préciser l'intitulé. L'EHPAD 4 possède un budget variant selon les années pour la formation du personnel soignant. Pour cet établissement, aucune donnée chiffrée n'a été transmise à ce sujet.

2. Population de l'étude

2.1. Nombre de répondants

Au sein des cinq EHPAD, 101 membres du personnel ont bénéficié de l'action de prévention « Dépistage et prise en charge des troubles de la déglutition du sujet âgé ». Cependant, quatre personnes sont parties avant la fin des interventions. Quatre questionnaires

incomplets ont donc été exclus de l'analyse car non exploitables. Nous obtenons un total de 97 répondants pour chaque questionnaire.

2.2. Profil des participants

2.2.1. Profession

Diverses professions sont représentées (Figures 1 et 2). Comme l'illustre la Figure 1 ($n=97$) les participants sont majoritairement aides-soignants ($n=29$) et infirmiers Diplômés d'État (*IDE*, $n=17$). Nous notons un nombre élevé de profession « Autre » ($n=36$).

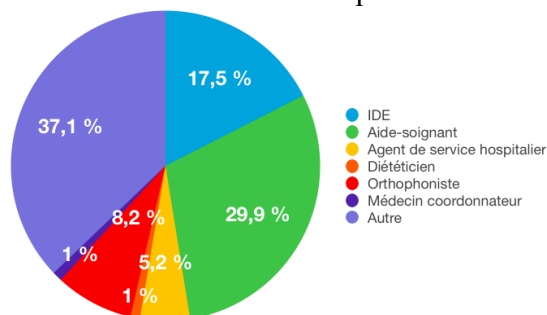


Figure 1. Répartition des participants selon leur profession (en pourcentage)

Parmi les professions « Autre » nous relevons une majorité de stagiaires ($n=8$), d'auxiliaires de vie ($n=6$) et de bénévoles ($n=6$) (Figure 2).

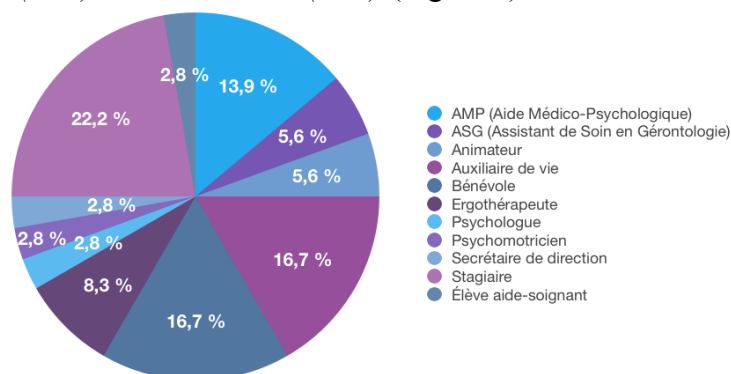


Figure 2. Répartition des professions « Autre » (en pourcentage)

La majorité des participants exerce la même profession depuis plus de 10 ans et exerce en milieu gériatrique depuis plus de 5 ans (Tableau IV).

Tableau IV. Ancienneté d'exercice et formation des participants.

	Nombre de participants				Non réponses
	≤ 2 ans	> 2 et ≤ 5 ans	> 5 et ≤ 10 ans	> 10 ans	
Ancienneté d'exercice de la profession	21	19	19	29	9, car 8 stagiaires et 1 élève aide-soignant
Ancienneté d'exercice en milieu gériatrique	17	17	28	23	12, car 8 stagiaires, 1 élève aide-soignant et 3 orthophonistes n'intervenant pas en EHPAD
Formation sur les troubles de la déglutition du sujet âgé	12 participants déclarent avoir bénéficié d'une formation durant leur carrière				

2.2.2. Parcours des participants

Durant leurs études, la majorité des participants affirme avoir étudié des notions se rapportant aux troubles de la déglutition chez le sujet âgé, aussi bien de manière approfondie que de façon brève (Figure 3). Parmi eux, la majorité ($n=61$) estime que ces notions n'ont pas été suffisamment approfondies (Figure 4).

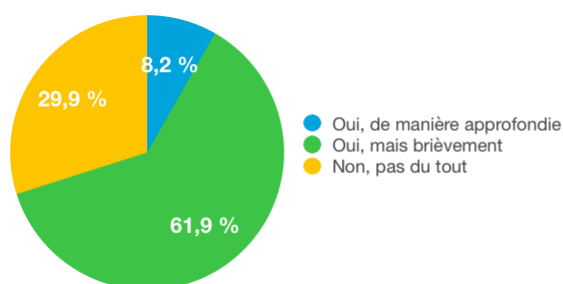


Figure 3. Répartition des réponses à la question « Durant vos études, avez-vous vu des notions sur les troubles de la déglutition chez le sujet âgé » (n=97) (en pourcentage)

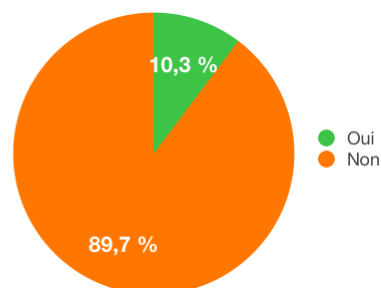


Figure 4. Répartition des réponses à la question « Si oui, estimez-vous que ces notions aient été suffisamment approfondies lors de vos études » (n=68) (en pourcentage)

Sur les 97 participants, 30 ont indiqué les notions manquantes à leurs études qu'ils estiment importantes. La figure 5 en illustre le détail.

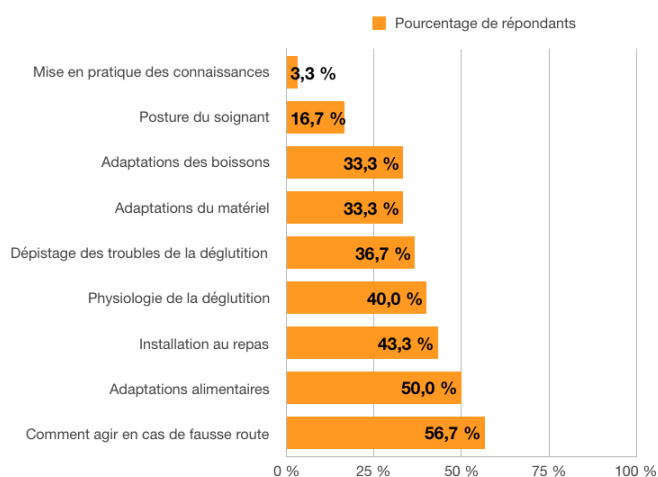


Figure 5. Détail des notions manquantes aux participants durant leurs études (n=30) (en pourcentage)

La mise en pratique des connaissances a été citée par un répondant. Agir en cas de fausse route ($n=17$) et les adaptations alimentaires ($n=15$) restent les notions les plus citées par les répondants. Ces éléments clés sont estimés comme étant des notions manquantes à leurs études.

2.2.3. Pratique professionnelle

Selon 96 participants, soit 98,9 %, la problématique des troubles de la déglutition est importante dans la démarche de soins. Soixante-dix-neuf participants, soit 81 %, déclarent être souvent confrontés à des patients avec troubles de la déglutition.

À la question « vous êtes-vous déjà senti en difficulté face à un patient ayant un trouble de la déglutition ? » 96 ont répondu. Soixante-trois participants, soit 64,9 %, se sont déjà sentis en difficulté face à un patient ayant un trouble de la déglutition.

3. Questionnaire d'état des lieux des connaissances

3.1. Évolution des connaissances

Suite à l'intervention, une évolution positive est constatée concernant la maîtrise de l'anatomie impliquée dans la déglutition et ses mécanismes (Figure 6). En pré formation, 10 participants déclarent maîtriser l'anatomie, 69 moyennement, 18 pas du tout. En post formation, l'ensemble des participants la maîtrise totalement ($n=56$) ou moyennement ($n=41$).

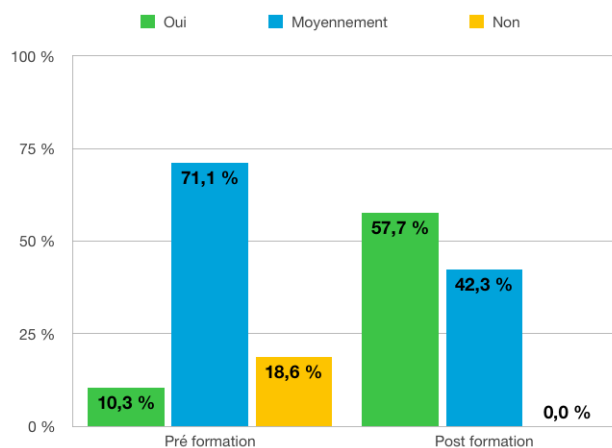


Figure 6. Sentiment de maîtrise de l'anatomie impliquée dans la déglutition et ses mécanismes ($n=97$) (en pourcentage)

Une évolution positive des connaissances concernant le dépistage et la prise en charge des troubles de la déglutition du sujet âgé est relevée (Figure 7). En pré formation la majorité des participants a un niveau de connaissances moyen ($n=51$), 12 participants déclarent avoir un niveau insuffisant, et 10 très insuffisant. En post formation, la majorité des participants a un niveau de connaissances satisfaisant ($n=52$) et seulement 2 participants déclarent avoir un niveau insuffisant.

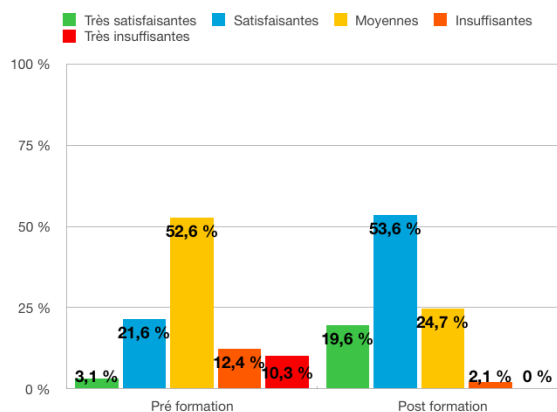


Figure 7. Niveau de connaissance concernant le dépistage et la prise en charge des troubles de la déglutition ($n=97$) (en pourcentage)

3.2. Connaissances théoriques

En post formation, le taux de non réponse sur les temps de la déglutition est de 0 %. Plus de 85 % des participants répondent correctement à la question « La physiologie de la déglutition implique plusieurs temps. Quels sont-ils ? » (Figure 8).

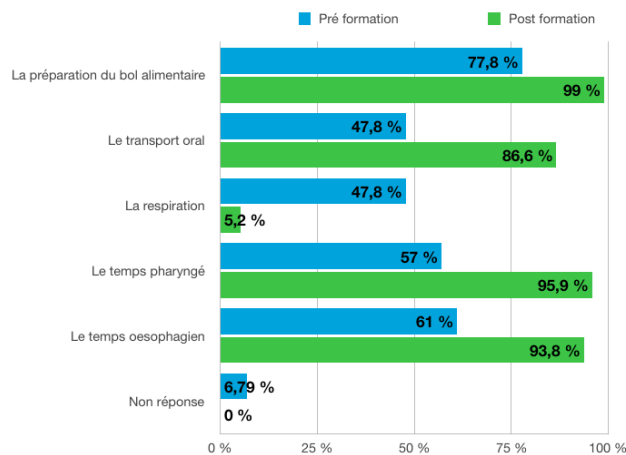


Figure 8. Réponses des participants par item sur les différents temps de la déglutition (n=97) (en pourcentage)

En post formation plus de 95 % des participants trouvent les termes existants parmi ceux proposés. Le taux de non réponse est de 0 %. Cependant, des réponses aberrantes persistent (Figure 9).

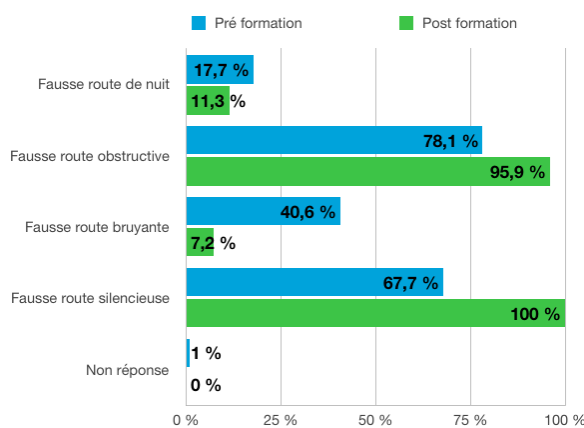


Figure 9. Réponses des participants par item à la question « Parmi ces termes, lesquels existent ? » (n=97) (en pourcentage)

3.3. Symptômes évocateurs

Les signes pouvant alerter sur la présence d'un trouble de la déglutition sont connus par plus de 74 % des participants en fin de formation, avec un taux de non réponse à 0 % (Figure 10).

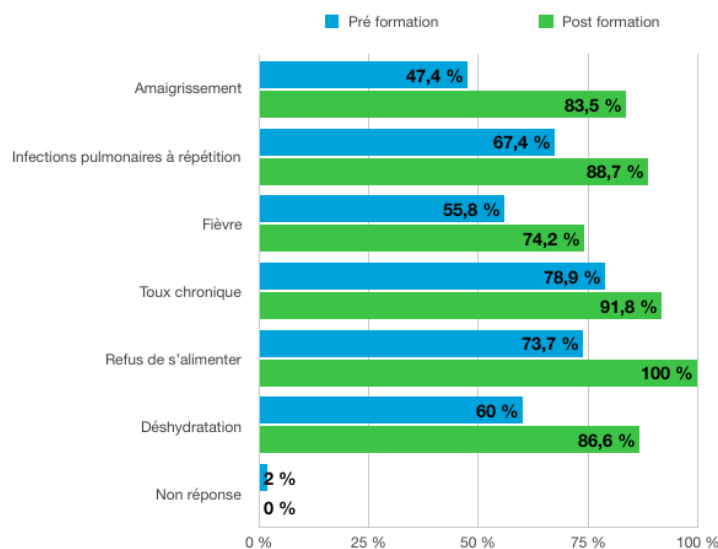


Figure 10. Réponses des participants par item sur les signes d'alerte ($n=97$) (en pourcentage)

3.4. Facteurs de risque

En post formation nous remarquons une nette évolution des connaissances des facteurs de risque de fausse route chez des patients avec troubles de la déglutition, avec un taux de non réponse de 0 % (Figure 11). Seul l'item « Soignant assis à côté du patient » est moyennement identifié par 44 participants.

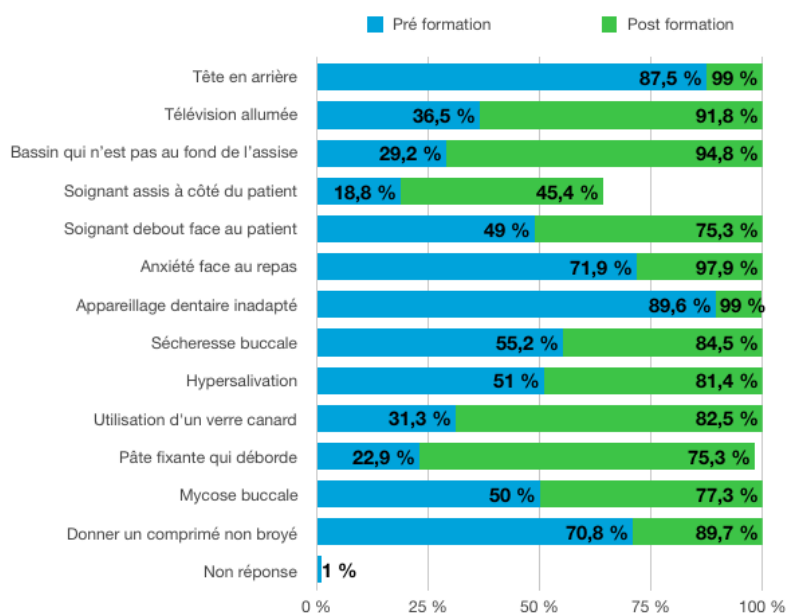


Figure 11. Réponses des participants par item sur les signes d'alerte ($n=97$) (en pourcentage)

En post formation, la majorité des participants sait identifier les aliments à risque de fausses routes. Cependant, malgré une augmentation du taux de réponses entre les sessions pré et post formation, le nectar d'agrumes est une réponse erronée (Figure 12).

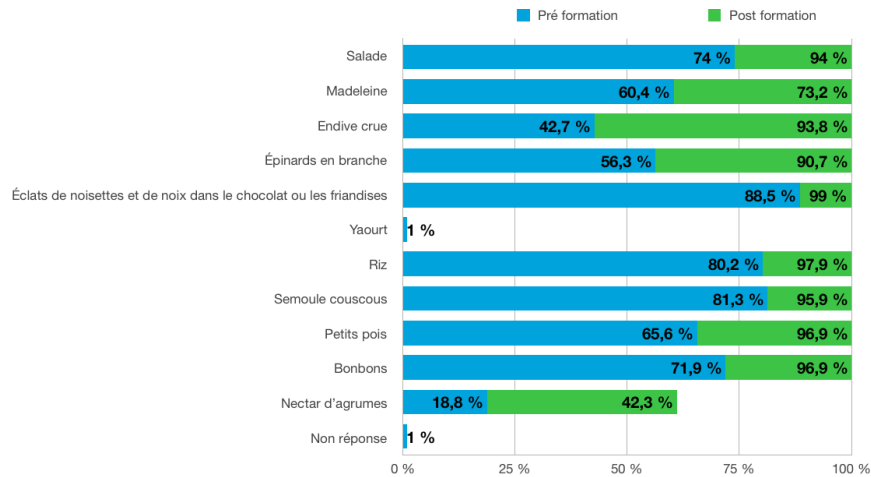


Figure 12. Réponses des participants par item sur les aliments à risque d'engendrer des fausses routes ($n=97$) (en pourcentage)

3.5. Installation du soignant

À la question pratique ($n=97$) « Suite à un AVC Monsieur R a une hémiplegie gauche. Lors du repas vous vous installerez ? » nous avons relevé :

- en pré formation 18 participants, soit 20,2 %, s'installeraient du côté gauche du patient, contre 71 participants, soit 79,8 %, qui s'installeraient du côté droit du patient ;
- en post formation, une majorité de 93 participants, soit 95,9 %, s'installeraient du côté gauche du patient.

Un apport de connaissances est donc observé concernant l'installation du soignant face à un patient hémiplegique.

3.6. Adaptations des boissons et des aliments

Parmi les participants, 83 ont répondu à la question ouverte « Des adaptations peuvent être mises en place pour les boissons et les aliments, quelles sont-elles ? ». La majorité des répondants ($n=61$) mentionne la texture alimentaire mixée et l'eau gélifiée. Certaines adaptations proscrites ont été indiquées : l'utilisation du verre canard ($n=3$) et de la paille ($n=2$) (Figure 13).

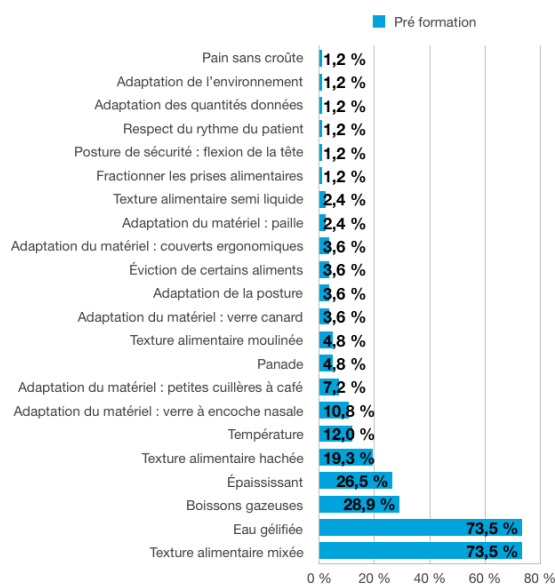


Figure 13. Adaptations possibles des boissons et aliments selon les répondants en pré formation ($n=83$) (en pourcentage)

En post formation, 13 participants ont modifié leur réponse. Des notions non mentionnées avant l'intervention ont été ajoutées. Les répondants ayant indiqué des adaptations proscrites en pré formation ont rayé ces adaptations en post formation (*verre canard* $n=3$, *paille* $n=2$). Nous les mentionnons comme étant annulées. Une évolution des connaissances est à nouveau observée (Figure 14).

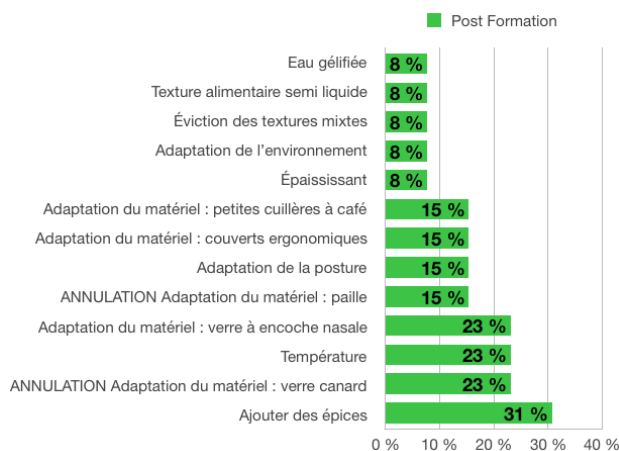


Figure 14. Ajout d'adaptations possibles des boissons et aliments selon les répondants en post formation ($n=13$) (en pourcentage)

À la question pratique ($n=97$) « Selon vous, émietter une biscotte ou un gâteau dans une boisson pour le ramollir permet-il de faciliter la déglutition ? » nous avons relevé :

- en pré formation, une affirmation de 80 participants, soit 82,5 %, contre 17 participants, soit 17,5 %, qui estiment que ce geste ne permet pas de faciliter la déglutition ;
- en post formation, la totalité des participants, soit 100 %, indique que ce geste ne facilite pas la déglutition.

L'apport des connaissances est ici pleinement objectivé.

4. Questionnaire de satisfaction

L'intervention « Dépistage et prise en charge des troubles de la déglutition du sujet âgé » a apporté entière satisfaction à la majorité des participants. Le taux d'insatisfaction totale est à 0 %. Un participant indique être insatisfait concernant l'information au préalable de la thématique, la durée, le contenu, l'utilité des supports et l'impact de la formation dans sa pratique (Figure 15).

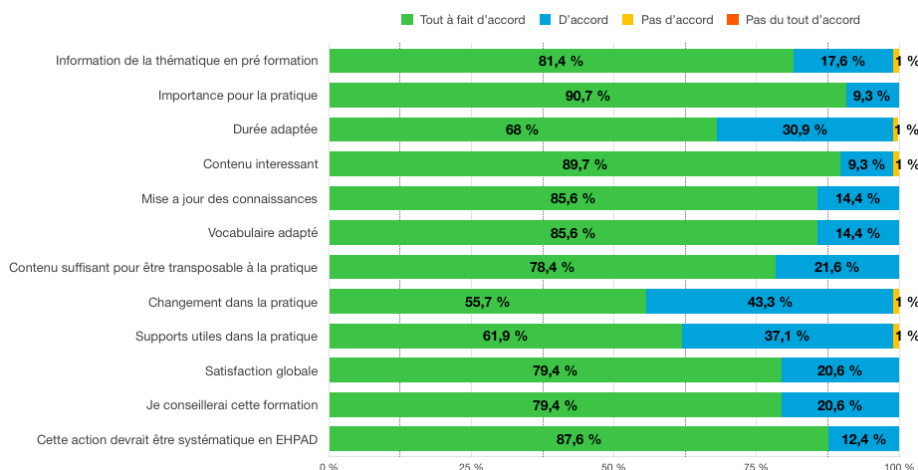


Figure 15. Évaluation de satisfaction de la formation ($n=97$) (en pourcentage)

4.1. Les points forts de la formation

À la question ouverte « Points forts de la formation » trente éléments différents ont été mentionnés. Les notions citées les plus fréquemment sont : les mises en situation ($n=27$) et la clarté des explications ($n=26$).

L'apport de notre expérience professionnelle a également été un atout durant ce projet ($n=6$). En effet, en début d'intervention, une présentation personnelle était faite. Notre parcours professionnel était à cet instant détaillé. À travers une expérience professionnelle équivalente ou semblable à celle de la majeure partie des participants, les échanges étaient de ce fait facilités. Une absence de rapport hiérarchique s'instaurait. Cela favorisait le partage, élément clé d'une formation. Les notions d'échange et de disponibilité étaient d'ailleurs le troisième point fort de la formation ($n=13$).

De façon plus générale, les supports ainsi que le contenu de la formation ont eu un impact positif sur les participants. Les choix de créer un diaporama, de diffuser une vidéo, de distribuer une affiche et des prospectus ainsi que d'apporter des connaissances théoriques ont été favorables à l'appréciation positive de notre formation.



Figure 15. Points forts de la formation ($n=72$) (en pourcentage)

4.2. Points de la formation à améliorer

Parmi les participants ($n=97$), une minorité ($n=16$) a évoqué les possibilités d'améliorations suivantes :

- avoir davantage de temps de formation ($n=4$);
- réaliser davantage de mises en situation ($n=2$);
- réaliser les mises en situation non pas de façon duelle, mais devant les autres participants ($n=1$);
- détailler le contenu d'un bilan orthophonique en cas de troubles de la déglutition ($n=1$);
- réduire le temps de formation pour la version longue ($n=2$);
- prévoir un temps de discussion et d'échanges avec les participants ($n=1$);

- évoquer l'utilisation de matériels médicaux en cas de fausse route (matériel à aspiration) ($n=1$) ;
- corriger collectivement le questionnaire d'évaluation des connaissances ($n=2$) ;
- mettre en place des fiches techniques ($n=1$).

Deux répondants supplémentaires ont indiqué leur entière satisfaction de la formation.

4.3. Apport de notions supplémentaires

Quatre répondants auraient souhaité :

- davantage de mises en situation ($n=1$) ;
- des exercices de mise en pratique des gestes de premiers secours ($n=1$) ;
- des informations sur la prise en charge en orthophonie ($n=1$) ;
- que certaines pathologies soient détaillées ($n=1$).

Un répondant a déclaré que le contenu de l'intervention était suffisant.

5. Comparaison des résultats d'audits avant et après formation

Comme l'illustre le Tableau V, une évolution positive est constatée après formation :

- un EHPAD a mis en place un protocole de dépistage ou de diagnostic des troubles de la déglutition ;
- les aides-soignants et infirmiers sont davantage formés aux troubles de la déglutition et à la prévention des fausses routes (en plus de notre action, certains professionnels ont bénéficié de formations organisées par des organismes extérieurs) ;
- un médecin coordonnateur s'est formé aux troubles de la déglutition et à la prévention des fausses routes suite à notre intervention ;
- désormais l'ensemble des EHPAD oriente en première intention vers un orthophoniste en cas de trouble de déglutition diagnostiqué ou suspecté. La présence des orthophonistes des secteurs géographiques concernés lors des temps de formation favorisait les échanges pluridisciplinaires.

Tableau V. Comparaison des données d'audits pré et post formation.

	EHPAD 1	EHPAD 2	EHPAD 3	EHPAD 4	EHPAD 5
Protocole de dépistage ou de diagnostic des troubles de la déglutition	Non existant Non existant	Existant Existant	Existant Existant	Non existant Existant	Non existant Non existant
Personnel formé sur les troubles de la déglutition et la prévention des fausses routes sur les 5 dernières années	AS : 0 sur 38 IDE : 0 sur 8 AS : 7 sur 38 IDE : 3 sur 8	AS : 0 sur 23 IDE : 0 sur 3 AS : 6 sur 23 IDE : 3 sur 3	AS : oui, nombre non précisé IDE : 3 sur 5 AS : 12 sur nombre non précisé IDE : 3 sur 5	AS : 10 sur 16 IDE : 3 sur 3 AS : 13 sur 16 IDE : 3 sur 3	AS : 0 IDE : 0 sur 4 AS : 7 sur 22 IDE : 4 sur 4
Ancienneté de formation du médecin coordonnateur sur les troubles de la déglutition et la prévention des fausses routes	2007	2008	2013	2013 2018	Absence de formation
Orientation vers un orthophoniste en cas de trouble de la déglutition	Non Oui	Non Oui	Oui Oui	Non Oui	Oui Oui

Note. AS : aide-soignant, IDE : infirmier Diplômé d'État, pré formation, post formation.

Discussion

Suite à un rappel des objectifs, nous analyserons ici les finalités de notre travail à travers l'interprétation des principaux résultats et la validation des différentes hypothèses. Les limites de notre étude seront précisées. Nous aborderons ensuite les implications théoriques et pratiques puis nous terminerons par les perspectives possibles.

1. Rappel des objectifs

Notre travail avait pour objectifs de :

- mettre en avant un besoin de formation des membres du personnel d'EHPAD quant au dépistage et à la prise en charge des troubles de la déglutition ;
- réaliser un état des lieux des connaissances et des pratiques des personnels soignants en EHPAD concernant le dépistage et la prise en charge des troubles de la déglutition ;
- mener des actions de prévention en compagnie d'orthophonistes au sein de 5 EHPAD préalablement sélectionnés, à raison de deux sessions par établissement ;
- sensibiliser les équipes soignantes aux troubles de la déglutition pour en favoriser le dépistage en apportant des connaissances sur la physiologie de la déglutition, les mécanismes des fausses-routes, les facteurs qui y contribuent, les mesures permettant de diminuer l'apparition des fausses routes et leurs conséquences en collectivité ;
- obtenir une évolution des pratiques professionnelles ;
- favoriser les échanges pluridisciplinaires et promouvoir l'importance de l'intervention orthophonique en cas de suspicion d'un trouble de la déglutition.

2. Rappel et interprétation des principaux résultats

2.1. Population de l'étude

Les différences de caractéristiques et de fonctionnements des EHPAD sélectionnés permettent à nos résultats d'être représentatifs.

La majorité des participants sont des aides-soignants et des IDE. Cela rejoint les données nationales de l'enquête auprès des établissements d'hébergement pour personnes âgées pilotée par la DREES (Direction de la Recherche, des Études, de l'Évaluation et des Statistiques) qui indique que les effectifs les plus importants au sein des EHPAD concernent les aides-soignants et IDE (situation au 31/12/2015). Une représentativité nationale est donc observée. Cent un membres du personnel ont participé aux sessions d'information, 97 données en ont été recueillies. Cela confère un critère de fiabilité à notre travail.

Différents éléments mettent en exergue un besoin de formation ressenti par les membres du personnel d'EHPAD.

La majorité des participants a ressenti un manque de formation aux troubles de la déglutition durant leurs années d'études. Savoir agir en cas de fausse route était leur principal manquement. Proposer durant nos interventions un rappel des gestes de premiers secours en cas de fausse route était donc pertinent. Pour cela, nous avons au préalable rencontré des sapeurs pompiers.

Au cours de leur carrière, un nombre restreint de professionnels s'est formé aux troubles de la déglutition du sujet âgé. Cependant, malgré le nombre d'années d'exercice, la majeure

partie des participants s'est déjà sentie en difficulté face à un patient ayant un trouble de la déglutition. La mise en place de nos sessions d'information était donc tout à fait pertinente.

L'accueil au sein des EHPAD et l'absence de refus suite au courrier de sélection démontrent un intérêt certain pour l'amélioration des connaissances et des pratiques des personnels soignants. L'hypothèse d'un besoin d'information ressenti par les équipes soignantes pour le repérage et la prise en charge des troubles de la déglutition est validée.

2.2. Questionnaire d'état des lieux des connaissances

Le format papier pour ce questionnaire a été privilégié. Certes plus coûteux, il nous a permis d'obtenir un taux de réponses plus important à l'inverse d'une diffusion informatique. Cette dernière n'aurait pas rendu possible une évaluation des connaissances en pré et post formation à si grande échelle. En effet, un questionnaire en diffusion informatique oblige les participants à y répondre durant leur temps libre. Il leur faut également maîtriser le formulaire pour cocher les cases voulues.

2.2.1. Évolution des connaissances

Selon Tannou et Cormary (2013), « la prévention intègre le repérage, le dépistage des troubles de la déglutition et de leurs complications ». Les messages clés de notre action concernaient de ce fait la physiologie de la déglutition, les symptômes évocateurs de troubles de la déglutition, les facteurs de risque, la posture du soignant et les adaptations possibles. Une évolution positive des connaissances a été relevée sur l'ensemble de ces notions. Ces concepts ont donc été correctement véhiculés. Les hypothèses de pertinence des outils utilisés et d'effets de l'action de prévention sur les connaissances professionnelles sont validées.

Concernant les facteurs de risque, en fin de formation ils étaient majoritairement identifiés. Seul l'item « soignant assis à côté du patient » restait moyennement cité. Selon la charte « déglutition et bientraitance » (Tannou et Cormary, 2013) l'aidant doit effectivement être assis en face, à hauteur des yeux. À la question 8 portant sur l'identification des aliments à risque de fausses routes, en post formation, le nectar d'agrumes était plus largement cité. Or il s'agissait d'une réponse erronée. Nous supposons que le terme « nectar d'agrumes » n'était pas suffisamment clair pour les participants. Nous aurions dû indiquer « jus de fruit sans pulpe » (terme notamment repris au sein de notre diaporama).

Pour ce qui est de la posture du soignant, nous avons remarqué une nette évolution des connaissances dans le cas de l'aide au repas d'un résident avec hémiparésie. Plus de 95 % des participants ont bien répondu en post formation. Il est en effet préconisé au soignant de s'installer du côté paralysé afin d'induire chez le résident une rotation vers le côté déficitaire.

Concernant les adaptations, des modifications de réponses ont été relevées. Des participants ont en effet pris conscience des éléments proscrits. Le verre canard (autrement appelé verre à bec) est déconseillé en cas de fausses routes aux liquides car il favorise l'extension de la tête vers l'arrière. Quant à la paille, même si elle permet d'éviter une extension de la tête vers l'arrière, le volume de boisson aspiré reste difficile à contrôler. Elle peut donc être un facteur de risque de fausse route. Les participants ont davantage pris conscience de l'importance de la température, des adaptations du matériel (verre à encoche nasale, couverts ergonomiques, petites cuillères) et de l'environnement, de l'installation du résident, de l'éviction des textures mixtes et de l'utilisation d'épaississant. Pour ce dernier élément il était précisé aux participants que pour l'hydratation, l'eau gélifiée était l'adaptation de dernier recours en cas de troubles de la déglutition. Cela était mis en avant avec le

diagramme de l'IDDSI qui nous permettait de présenter un point primordial : les adaptations de textures. Nous savons en effet que l'inquiétude des soignants les conduit à mettre en œuvre des textures mixées et de l'eau gélifiée plus souvent que nécessaire (Tannou et Cormary, 2013). Or, 91 % des résidents institutionnalisés bénéficient d'une texture modifiée trop simplifiée au vu de leurs difficultés (Guatterie et Lozano, 2005).

Quant à la question 9, l'évolution des connaissances était objectivée à 100 %, la totalité des participants ayant répondu correctement en post formation. Cependant, il nous aurait fallu être plus précis dans l'intitulé. Notre souhait était d'aborder la thématique des textures mixtes (mélange de textures liquides et solides) qui sont proscrites en cas de troubles de la déglutition. Une confusion s'était faite en pré formation, les participants associant « émietter une biscotte ou un gâteau dans une boisson pour le ramollir » à la panade, régulièrement servie dans les EHPAD de Hauts-de-France.

2.2.2. Limites

Malgré 18 questions fermées sur 20, ce questionnaire auto-administré était chronophage. Il réduisait par conséquent le temps de formation.

Le questionnaire était à choix multiples pour augmenter la rapidité de réponse et faciliter l'analyse. Les choix multiples induisent cependant les réponses des participants et n'évaluent pas pleinement leurs connaissances réelles à l'inverse des questions ouvertes. La question ouverte des adaptations possibles pour les boissons et aliments était notamment biaisée : la réponse était induite par les choix multiples.

Certaines propositions étaient volontairement fantaisistes, cependant quelques-unes induisaient en erreur les répondants (ex. les choix « la respiration », « fausse route bruyante »).

Nous avons omis d'ajouter la mention « ne sait pas » à la plupart des questions. C'est pour pallier ce manquement que nous avons proposé aux participants de noter des points d'interrogation dans les marges lorsqu'une réponse leur était inconnue.

À la question 20, il nous aurait fallu ajouter la mention « non concerné » pour les intervenants extérieurs qui ne suivaient pas de patientèle en EHPAD. Cependant, nos résultats à cette question ne sont pas faussés car les professionnels concernés l'avaient précisé dans la marge.

2.3. Questionnaire de satisfaction

Le format papier pour ce questionnaire a été choisi pour les mêmes raisons que le questionnaire d'état des lieux des connaissances.

Nous avons relevé une satisfaction globale de la formation. La totalité des participants la juge nécessaire et estime qu'elle devrait être proposée de façon systématique aux EHPAD. Davantage d'actions de prévention sur le dépistage et la prise en charge des troubles de la déglutition devraient être proposées en EHPAD. L'hypothèse de la pertinence de notre action et de son contenu est à nouveau validée.

Nous avons fait le choix de mêler théorie et pratique pour rendre la formation plus dynamique et ludique, mais aussi pour faciliter les moments d'échange, de réflexion et pour garantir l'apprentissage de nouvelles connaissances. C'est pour cela que nous avons proposé des mises en situations. Celles-ci ont été appréciées. Certains participants en auraient d'ailleurs souhaité davantage. Lors de ces mises en situation, il était possible pour les participants de tester des situations inconfortables et de goûter des boissons épaissies et/ou de

l'eau gélifiée. Notre but était de marquer les esprits afin que chacun retienne les adaptations principales pouvant être mises en place. Au sein d'un EHPAD, un cadre de santé a d'ailleurs décidé de stopper l'achat d'une sorte d'eau gélifiée après l'avoir goûtée et consécutivement aux retours des soignants dans leur pratique. Suite à des échanges quelques mois après les formations, certains cadres de santé ont éliminé les verres canards. Il nous a été confirmé que les affiches données lors des sessions étaient exposées dans les salles de transmission. L'action de prévention a véritablement eu des impacts positifs notamment en terme d'évolution des pratiques.

Les possibilités d'échanges ont été appréciées. Malgré un temps de formation qui pouvait sembler court pour certains, les échanges ont permis une réelle implication des participants durant les sessions d'information. Notre expérience professionnelle a été un réel atout pour mener à bien ce projet.

2.3.1. Limites

Il aurait été judicieux d'employer le titre de « Questionnaire d'appréciation » afin de ne pas induire dès le titre cet aspect de satisfaction. En outre, l'ajout d'une cinquième variable « ni d'accord ni pas d'accord » aurait ajouté un critère de fiabilité à notre questionnaire de satisfaction.

Notons également que les questions de jugements impliquent malgré tout une part de subjectivité propre aux représentations de chaque répondant (De Singly, 2016).

2.4. Données des audits

Les audits ont permis de vérifier une nouvelle fois l'hypothèse d'une évolution des pratiques professionnelles. Nous avons pu sensibiliser les équipes soignantes aux troubles de la déglutition. Davantage de personnels ont été formés suite à nos actions, notamment un médecin coordonnateur. Un EHPAD a par la suite mis en place un protocole de dépistage ou de diagnostic des troubles de la déglutition. La présence de certains professionnels lors des interventions (un médecin coordonnateur, une diététicienne et des cadres de santé) a très certainement été bénéfique pour garantir cette évolution des pratiques professionnelles.

Notre objectif de favoriser les échanges pluridisciplinaires et de promouvoir le rôle de l'orthophoniste en cas de troubles de la déglutition est pleinement atteint. Tous les EHPAD participants orientent désormais vers un orthophoniste lorsqu'un trouble de la déglutition est suspecté ou repéré par les équipes soignantes.

3. Implication théoriques et pratiques

Malgré les différences de fonctionnement relevées entre les EHPAD sélectionnés, nous remarquons un réel besoin de formation des équipes soignantes quant aux troubles de la déglutition. Seulement, même si les orthophonistes en tant qu'intervenants extérieurs réalisent des bilans de la déglutition en EHPAD et objectivent un trouble, la prise alimentaire du patient ne pourra se dérouler dans de bonnes conditions que si une éducation des pratiques a été réalisée en amont.

En outre, les maîtres mots de la prise en soin gériatrique sont les maintiens de l'autonomie et de la qualité de vie. Dans ces conditions et en particulier lorsque la prise alimentaire ne peut se faire de façon autonome, ces deux notions primordiales se trouvent entièrement impactées. Selon Woisard-Bassols et Puech (2011), face à un patient avec un trouble de la déglutition, l'objectif est même d'améliorer ou de maintenir la qualité de vie.

La prévention fait partie du champ d'intervention des orthophonistes. Ces professionnels ont donc entièrement leur place au sein des EHPAD pour mener à bien des actions de prévention. Ces sessions d'information sensibiliseraient les équipes soignantes aux troubles de la déglutition en favorisant le dépistage, la prise en charge et en permettant de diminuer l'apparition des fausses routes et leurs conséquences en collectivité.

Il nous paraît important de souligner cependant le manque de budget et de ressources internes de certains établissements qui peuvent être un frein dans la réponse aux besoins de rééducation et d'adaptions alimentaires ou matérielles. Les échanges pluridisciplinaires entre orthophonistes et soignants sont dans ce contexte fondamentaux.

4. Pistes éventuelles

L'intégralité des supports a été transmis aux EHPAD, ainsi qu'aux orthophonistes présents lors de nos interventions. Pour garantir une pérennisation de notre action, nous avons autorisé leur diffusion. Cet échange de nos supports de formation facilite, en amont, le travail des différents professionnels et peut potentiellement induire une augmentation de ce type d'intervention en EHPAD. Ces sessions d'information pourraient donc se poursuivre à l'aide des supports déjà créés. N'oublions pas que la totalité des participants était en accord avec l'idée de proposer de façon systématique cette action aux EHPAD.

Selon Tannou et Cormary (2013), la formation doit être durable dans le temps. Malgré les fréquents roulements d'équipe, les notions acquises doivent en effet persister et devenir des habitudes quotidiennes pour le personnel.

Envisager une nouvelle réalisation des actions de prévention dans les cinq EHPAD avec la collaboration des orthophonistes présentes lors des interventions est donc parfaitement plausible. Cela permettrait une continuité dans les échanges pluridisciplinaires avec les professionnels de chaque secteur géographique concerné. La totalité des membres du personnel, y compris les cuisiniers et agents de restauration, pourrait de ce fait assister à ces actions de prévention. La prise en charge des troubles de la déglutition concerne en effet l'ensemble du personnel des établissements. La qualité de vie des résidents n'en serait qu'améliorée.

Il serait notamment judicieux d'observer par une étude longitudinale l'impact de ces formations sur l'amélioration des temps de repas des résidents mais aussi sur la qualité de vie et l'autonomie.

Conclusion

Nous avons pour objectif d'améliorer le dépistage et la prise en charge des troubles de la déglutition en sensibilisant et en informant les équipes soignantes d'EHPAD à travers une action de prévention. Notre travail consistait également en la réalisation d'un état des lieux des connaissances et des pratiques des équipes soignantes. Ce projet s'inscrivait dans une démarche d'évaluation des pratiques professionnelles proposée par le Comité Soins du PIRG. Suite à la réception des résultats d'audits, cinq EHPAD de la région Hauts-de-France ont été préalablement sélectionnés pour bénéficier de cette action d'information et de prévention. Au total 97 données ont été recueillies. Malgré les différences de caractéristiques et de

fonctionnement entre les établissements, nous avons pu mettre en évidence un besoin de formation sur le repérage et la prise en charge des troubles de la déglutition ressenti par les équipes d'EHPAD. Leur proposer notre action de prévention était donc pertinent.

Un degré de satisfaction majeur a été obtenu concernant le contenu de la formation, les supports utilisés, l'apport de nouvelles connaissances et l'impact dans la pratique. Nous avons donc correctement répondu aux attentes des participants.

Une évolution des connaissances et notamment une évolution des pratiques ont pu être objectivées grâce à l'état des lieux des connaissances mais aussi à l'audit réalisé une seconde fois en post formation. Les effets de nos actions de prévention sont positifs. En outre, l'autorisation de diffusion de nos supports de formation pourrait garantir un rappel continu de nos informations. Grâce aux actions de prévention, nous avons pu favoriser les échanges pluridisciplinaires et promouvoir l'importance de l'intervention orthophonique en cas de suspicion d'un trouble de la déglutition. Les orthophonistes de chaque secteur géographique concerné pouvaient dès lors rencontrer le personnel de chaque établissement durant ces interventions.

De nombreux travaux et études démontrent l'importance de proposer des actions de prévention sur le dépistage et la prise en charge des troubles de la déglutition auprès de différents professionnels ou de différentes structures (notamment ceux de Delbart Brieden, 2016, et Jaunasse, 2018). Cependant l'impact sur les pratiques soignantes est rarement évalué à long terme. Notre travail a permis cette évaluation grâce aux audits proposés plusieurs mois après formation. Néanmoins une analyse précise et détaillée de chacun des seconds résultats d'audits et une formation de l'ensemble des professionnels de chaque EHPAD participant auraient permis une objectivation réelle et concrète des apports de notre action de prévention.

Finalement, l'acte de manger représente bien plus qu'une fonction vitale. Lors de troubles de la déglutition, les implications psychologiques, sociales et culturelles sont incontestables. Ce projet nous a appris que les troubles de la déglutition sont fréquents chez le sujet âgé et qu'ils représentent une menace vitale lorsqu'ils entraînent fausses routes, pneumopathies d'inhalation, dénutrition et déshydratation (Schweizer, 2010). Face au vieillissement de la population, qui est un défi pour notre système de santé, l'importance pour les soignants d'être formés au dépistage et à la prise en charge des troubles de la déglutition est évidente. Cependant comment les orthophonistes peuvent agir lorsque le secteur de l'aide aux personnes âgées dépendantes se trouve face à des manques de financement et de ressources internes ? Comment garantir les préconisations données lors de ces actions de prévention telles que diminuer la pression temporelle lorsque nous sommes face à un manque de personnels ? Comment garantir aux résidents qu'ils vieilliront dans de bonnes conditions ?

Bibliographie

- Allepaerts, S., Delcourt, S. et Petermans, J. (2008). Les troubles de la déglutition du sujet âgé : un problème trop souvent sous-estimé. *Revue médicale de Liège*, 63(12), 715-721.
- Belafsky, PC., Mouadeb, DA., Rees, CJ., Pryor, JC., Postma, GN., Allen, J. et Leonard RJ. (2008). Validity and reliability of the Eating Assessment Tool (EAT-10). *Annals of otology and laryngology*, 117(12), 919-924.
- Brin-Henry, F., Courrier, C., Lederlé, E. et Masy, V. (2011). Trouble de la déglutition. *Dictionnaire d'orthophonie* (vol. 3, p. 288). Isbergues : Ortho Édition.
- Capet, C., Delaunay, O., Idrissi, F., Landri, I. et Kadri, N. (2007). Troubles de la déglutition : de l'état bucco-dentaire à la fausse-route. Troubles de la déglutition de la personne âgée : bien connaître les facteurs de risque pour une prise en charge précoce. *Neurologie psychiatrie gériatrie*, 7(40), 15-23.
- Deggouj, N., Derue, L., Estienne, F. et Vander Linden, F. (2004). *202 exercices pour remédier aux incompétences vélo-pharyngées, aux dysfonctionnements tubaires et aux troubles articulatoires*. France : Solal.
- Delbart Brieden, V. (2016). *Dépistage et prise en charge pluridisciplinaire des troubles de la déglutition du patient âgé et rôle de l'orthophoniste : Action de prévention auprès des professionnels de l'Hospitalisation A Domicile en Nord Pas-de-Calais* (Mémoire de maîtrise inédit). Université de Lille.
- De Singly, F. (2016). *Le questionnaire* (4^e ed.). France : Armand Colin.
- Desport, J-C., Jésus, P., Fayemendy, P., De Rouvray, C. et Salle, J-Y. (2011). Évaluation et prise en charge des troubles de la déglutition. *Nutrition clinique et métabolisme*, 25, 247-254.
- Desuter, G., Remacle, M. (2015). Physiologie de la déglutition. Dans Dulguerov, P. et Remacle, M (dir.), *Précis d'audiophonologie et de déglutition : Tome 2, Les voies aérodigestives supérieures* (p. 95-104). France : Solal.
- Dhonneur, G. et Sauvat, S. (1998). La déglutition durant la période péri-opératoire. Point de vue de l'anesthésiste-réanimateur. Dans S. Coen, C. Debeaud et F. Martin (dir.), *Les Fonctions oro-faciales. Évaluation, traitements et rééducation* (p. 141-156). Isbergues : Ortho Édition.
- DREES. (2015). *Enquête EHPA*. Repéré à <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/etudes-et-statistiques/open-data/etablissements-de-sante-sociaux-et-medico-sociaux/article/l-enquete-aupres-des-etablissements-d-hebergement-pour-personnes-agees-ehpa>
- Ekberg, O., Hamdy, S., Woisard, V., Wuttge-Hannig, A. et Ortega, P. (2002). Social and psychological burden of dysphagia : its impact on diagnosis and treatment. *Dysphagia*, 17, 139-146.
- Finiels, H., Strubel, D. et Jacquot, J.M. (2001). Les troubles de la déglutition chez le sujet âgé : aspects épidémiologiques. *La Presse médicale*, 30(33), 1623-1634.
- Forster, A., Samaras, N., Notaridis, G., Morel, P., Hua-Stolz, J. et Samaras, D. (2013). Évaluation et dépistage des troubles de la déglutition en gériatrie. *Neurologie psychiatrie gériatrie*, 13(74), 107-116.
- Groupe de travail ERU 42 LURCO, Ruglio, V., Girod-Roux, M. et Acher, A. (2018). *Diagramme et descriptions détaillées de l'IDDSI*. Repéré à <http://iddsi.org/translations/>

- Guatterie, M. et Lozano, V. (2005). Quelques éléments de physiologie de la déglutition. *Kinéréa*, (42), 2-9.
- Guillon, M. (2018). *Évaluation des pratiques professionnelles sur les troubles de la déglutition en gériatrie dans la région des Hauts-de-France* (Thèse de doctorat inédite). Université de Lille.
- Hermabessière, S., Lacoste-Ferre, M.H., Laffon De Mazières, C., Vellas, B., et Rolland, Y. (2016). Troubles de la déglutition en gériatrie. *La Revue de gériatrie*, 41(10), 3-11.
- Hogan, T. (2017). *Introduction à la psychométrie* (2^e éd.). Paris : Broché.
- Hurel, J. et Lem, J. (2009). Comment s'installer pour éviter les fausses routes. Repéré à www.attaquerebrale.org/ADOC/pdf/14deglutition.pdf
- Jaunasse, C. (2018). *Création d'un outil de prévention des troubles de la déglutition destiné au personnel en EHPAD : Reportage photographique* (Mémoire de maîtrise inédit). Université de Lille.
- Lacau-St Guily, J. (1998). Les troubles de la déglutition de l'adulte. Dans S. Coen, C. Debeaud et F. Martin (dir.), *Les Fonctions oro-faciales. Évaluation, traitements et rééducation* (p. 233-240). Isbergues : Ortho Édition.
- Merrot, O., Guatterie, M. et Chevalier, B. (2011). Prise en charge des troubles de la déglutition. *Journal de réadaptation médicale*, 31, 141-144.
- Ministère de la santé et de la protection sociale. (2004). *Décret n°2004-802 du 29 juillet 2004 relatif aux parties IV et V (dispositions réglementaires) du code de la santé publique et modifiant certaines dispositions de ce code.* (Article R4341-4). Repéré à https://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do?sessionId=57A919D8312DA97C0C36DA5285DD92E8.tpdila15v_2?idArticle=LEGIARTI000006914182&cidTexte=LEGITEXT000006072665&dateTexte=20170415
- Pouderoux, P., Jacquot, J.M., Royer, E. et Finiels, H. (2001). Les troubles de la déglutition du sujet âgé. Procédés d'évaluation. *La Presse Médicale*, 33, 1635-1644.
- Puisieux, F., d'Andrea, C., Baconnier, P., Bui-Dinh, D., Castaings-Pelet, S., Crestani, B., ... Weil-Engerer, S. (2009). Troubles de la déglutition du sujet âgé et pneumopathies en 14 questions / réponses. *Revue des Maladies Respiratoires*, 20, 587-605.
- Salle, J-Y., Lissandre, J-P., Morizio, A., Bouthier-Quintard, F. et Desport, J-C. (2009). Dépistage et prise en charge des troubles de la déglutition chez les personnes âgées. Dans B-N. Hébuterne, X. Alix, E. Fields, A. Raynaud-Simon, B. Vellas (dir.), *Traité de nutrition de la personne âgée* (p. 221-227). Paris : Springer.
- Schweizer, V. (2010). Troubles de la déglutition de la personne âgée. *Revue Médicale Suisse*. 6(265), 1859-1862.
- Tannou, Y., Cormary, X. et al. (2013). Troubles de la déglutition : la prévention est l'affaire de tous ! *Le Journal du Médecin Coordonnateur*, (51), 11-15.
- Vidberg, E. et Verchere, E. (2017). Prise en soin orthophonique du patient dyspagique suite à un cancer bucco-pharyngo-laryngé. Isbergues : Ortho Édition.
- Vignal, C. (2014, 24 mai). Déglutition et fausse route chez le sujet âgé [Vidéo en ligne]. Repérée à <https://www.youtube.com/watch?v=gVji1w0QYeA>
- Woisard-Bassols, V. et Puech, M. (2011). *La réhabilitation de la déglutition chez l'adulte. Le point sur la prise en charge fonctionnelle.* (2^e édition revue et augmentée). Paris : De Boeck Supérieur.

Liste des annexes

Annexe n°1 : Échelle de dépistage EAT-10

Annexe n°2 : Évaluation des pratiques professionnelles – Protocole d'enquête

Annexe n°3 : Évaluation des pratiques professionnelles – Audit

Annexe n°4 : Courrier de sélection adressé aux responsables d'EHPAD

Annexe n°5 : Courrier d'invitation adressé aux orthophonistes du secteur géographique concerné

Annexe n°6 : Diaporama

Annexe n°7 : Mises en situations

Annexe n°8 : Affiche

Annexe n°9 : Brochure

Annexe n°10 : Questionnaire d'état des lieux des connaissances

Annexe n°11 : Questionnaire de satisfaction de la formation