

DEPARTEMENT ORTHOPHONIE  
FACULTE DE MEDECINE  
Pôle Formation  
59045 LILLE CEDEX  
Tél : 03 20 62 76 18  
*departement-orthophonie@univ-lille.fr*



 Université  
de Lille

 ufr35  faculté  
de médecine

# MÉMOIRE

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

**Elisabeth DELCROIX**

soutenu publiquement en juin 2023

**Observation d'une consultation pluridisciplinaire  
dédiée à la déglutition avec présence d'un  
orthophoniste et d'un médecin ORL au CHU de  
Lille sur deux années 2021 - 2022**

MEMOIRE dirigé par

**Marie ARNOLDI**, orthophoniste au CHU de Lille, enseignante au département d'orthophonie,  
Lille

**Bénédicte RYSMAN**, chirurgien ORL au CHU de Lille, enseignante au département  
d'orthophonie, Lille

Lille – 2023

## Remerciements

Je remercie chaleureusement Madame Arnoldi de m'avoir guidée et conseillée tout au long de ce mémoire. Je remercie le docteur Rysman pour sa disponibilité et ses précieux conseils. Merci à toutes deux pour leur encadrement et leur bienveillance.

Je remercie l'ensemble des professionnels du service ORL de l'hôpital Claude Huriez pour leur accueil, leurs conseils et leurs enseignements : merci au docteur Vanderhaegen, à messieurs Baghoumina et Bouchareb. Je remercie Daphnée Dumortier de m'avoir partagé son expérience en déglutition. Et j'adresse un petit clin d'œil à Domitille Camous.

Je remercie sincèrement tous les maîtres de stage que j'ai rencontrés au cours de ces dernières années. Merci à elles de m'avoir partagé leur expérience avec tant de bienveillance. Je remercie de nouveau Madame Arnoldi pour tout ce que j'ai appris à ses côtés ! Merci également à Alix Debavelaere, Fanny Quoniam, Philippine Lascols, Perrine Gentilleau-Lambin, Elisabeth Chanson, Charlotte Bony, Laurence Blanchet, Lorène Marchand et Floriane Leenknecht pour leur accompagnement, leurs enseignements et leurs conseils. J'adresse une reconnaissance toute particulière à Régine Eloy dont je ne remercierai jamais assez la générosité !

Je remercie tous les patients qui ont aimablement répondu à mes questions dans le cadre de mon mémoire, et à tous les patients rencontrés au cours de mes différents stages. J'ai beaucoup appris grâce à chacun d'eux !

Je remercie affectueusement toutes mes camarades et amies de promotion et d'autres promotions, sans qui ces cinq années n'auraient pas été aussi gaies et riches. Merci Delphine, Aline, Charlotte, Camille, Daphnée et Chloé. Et un remerciement tout particulier à Sandrine et Juliette qui ont été là en « back up » à tout moment.

Je remercie tendrement ma famille, mes parents, mes beaux-parents, mes frères et sœurs pour leur soutien inestimable lors de ces longues années de reconversion. Merci pour votre soutien sans faille, vos encouragements et votre présence inconditionnelle. Merci à Clémentine pour ses talents de traductrice !

Toute ma tendresse va à mes enfants chéris. Hortense, Alexis, Félicie et Eugénie, merci d'avoir été si patients, si compréhensifs durant toutes ces années où je n'ai parfois pas été très disponible pour vous. Merci d'avoir compris et accepté le « Maman doit travailler » !

Tout mon amour et ma gratitude vont à Louis, sans qui cette reconversion n'aurait jamais été possible. Merci de tout cœur de m'avoir supportée, encouragée, consolée durant ce long parcours. Ta confiance en moi m'a aidé à surmonter les obstacles et à persévérer durant ce long parcours. Merci à toi sans qui la vie n'aurait pas les mêmes couleurs !

**Résumé :** La déglutition est l'acte d'acheminer des éléments liquides et solides de la bouche à l'estomac. Elle est à la fois un mécanisme volontaire et réflexe, qui comporte trois étapes susceptibles d'être perturbées par diverses causes : neurologiques, iatrogènes, tumorales, traumatiques ou par le vieillissement. La dysphagie a un impact négatif sur la qualité de vie du patient et de son entourage. Il est, donc, essentiel que les patients souffrant de ce trouble bénéficient d'un suivi pluridisciplinaire de qualité et d'une relation thérapeutique adéquate.

Dans ce contexte, le service ORL du CHU de Lille a instauré une consultation conjointe ORL-Orthophoniste. Le présent mémoire vise à décrire le déroulement de cette consultation et à proposer une analyse quantitative et qualitative de la prise en charge des patients. Notre objectif est d'identifier les points forts et les faiblesses de cette consultation, en les comparant aux recommandations de bonnes pratiques publiées dans ce domaine. L'objectif secondaire est de mettre en évidence la place de l'orthophoniste dans l'évaluation de la déglutition des patients venant consulter au CHU de Lille. Nous souhaitons, également, analyser les caractéristiques de ces patients afin de dégager des profils types et les motifs de consultation les plus récurrents.

Afin de mener cette étude, nous avons suivi les consignes et indications de la littérature scientifique en matière d'évaluation des troubles de la déglutition. Nous avons examiné de manière exhaustive 200 dossiers de patients ayant consulté et mené des entretiens avec les différents acteurs de cette consultation. Notre travail nous a permis de dresser un état des lieux confirmant le niveau élevé de qualité et d'exigence de cette consultation. Enfin, nous avons formulé quelques suggestions pour améliorer l'évaluation et le suivi thérapeutique des patients.

**Mots-clés :** Déglutition – Dysphagie – Evaluation – Pluridisciplinarité - Bonnes pratiques

**Abstract:** Swallowing is the act of moving liquids and solids from the mouth to the stomach. It is both a voluntary and reflex mechanism that involves three stages that can be disrupted by various causes, including neurological, iatrogenic, tumoral, traumatic, or related to aging. Dysphagia has a negative impact on the quality of life of the patient and their environment. Therefore, it is essential that patients with this disorder receive quality multidisciplinary follow-up and adequate therapeutic relationships.

In this context, the ENT department of the Lille University Hospital has established a joint ENT-speech therapist consultation. The purpose of this paper is to describe the course of this consultation and to propose a quantitative and qualitative analysis of the follow-up offered to patients. Our objective is to identify the strengths and weaknesses of this consultation by comparing them to good practice recommendations published in this field. The secondary objective is to highlight the role of the speech therapist in the evaluation of swallowing in patients who come to the Lille University Hospital for consultation. We also aim to analyze the characteristics of these patients to identify typical profiles and the most recurring reasons for consultation.

To conduct this study, we followed the instructions and indications of the scientific literature on the evaluation of swallowing disorders. We exhaustively examined 200 patient records and conducted interviews with the various actors involved in this consultation. Our work allowed us to take stock and confirm the high-quality standards of this consultation. Finally, we formulated some recommendations and suggestions to improve the evaluation and therapeutic follow-up of patients.

**Keywords:** Swallowing - Dysphagia - Evaluation - Pluridisciplinarity - Good practices

<b>Introduction</b>	<b>1</b>
<b>Contexte théorique</b>	<b>2</b>
<b>1. La déglutition</b>	<b>2</b>
1.1. Définition de la déglutition	2
1.2. Le mécanisme de déglutition	2
1.3. Les trois temps de la déglutition	2
1.4. Le temps oral	2
1.5. Le temps laryngo-pharyngé	2
1.6. Le temps œsophagien	3
<b>2. Physiopathologie de la dysphagie</b>	<b>3</b>
2.1. Définition de la dysphagie	3
2.2. Signes cliniques de la dysphagie	3
<b>3. Etiologie des troubles de la déglutition</b>	<b>4</b>
<b>4. Retentissement sur la qualité de vie</b>	<b>4</b>
<b>5. Le bilan de la déglutition</b>	<b>4</b>
5.1. Le bilan ORL de déglutition	5
5.2. Le bilan orthophonique de la déglutition	5
5.2.1. Anamnèse	6
5.2.2. Recueil des données cliniques	6
5.2.3. Examen clinique des fonctions oro-bucco-faciales	6
5.2.4. Essais alimentaires	7
5.2.5. Les échelles d'évaluation fonctionnelle de la déglutition	7
5.3. Les examens fonctionnels de la déglutition	7
<b>6. Recommandations de bonnes pratiques de l'évaluation de la déglutition issues de la littérature</b>	<b>8</b>
6.1. Recommandations de bonnes pratiques issues des instances de santé	8
6.1.1. Recommandations de l'Inter CLAN Gériatrique AP-HP	9
6.1.2. Recommandations de bonnes pratiques de la DGSA	9
6.1.3. Recommandations de bonnes pratiques de l'ESSD	10
6.2. Recommandations de bonnes pratiques quant au déroulement de l'évaluation de la déglutition	10
6.2.1. Recommandations de bonnes pratiques sur la durée du bilan	10
6.2.2. Recommandations de bonnes pratiques sur les examens fonctionnels	11
6.2.3. Recommandations de bonnes pratiques sur le compte rendu écrit	11
6.2.4. Recommandations de bonnes pratiques sur les essais de déglutition	12
6.2.5. Recommandations de bonnes pratiques sur la multidisciplinarité	12
<b>7. La consultation de « Voix et Déglutition » du CHU de Lille</b>	<b>12</b>
7.1. Présentation de la consultation	12
7.2. Déroulé de la consultation	13
<b>8. Comparaison avec des consultations proposées dans d'autres services hospitaliers</b>	<b>14</b>
<b>Buts et objectifs</b>	<b>15</b>
<b>1. Émergence de la problématique</b>	<b>15</b>
<b>2. Objectifs</b>	<b>15</b>
<b>Méthodologie</b>	<b>16</b>
<b>1. Schéma de l'étude</b>	<b>16</b>
<b>2. Population de l'étude</b>	<b>16</b>
<b>3. Procédure</b>	<b>16</b>

<b>4. Matériel</b>	<b>16</b>
4.1. Recueil des données quantitatives	16
4.2. Recueil des données qualitatives	17
4.3. Difficultés rencontrées	17
4.4. Limites des entretiens	18
<b>Résultats</b>	<b>19</b>
<b>1. Résultats de l'analyse quantitative des 200 dossiers de patients</b>	<b>19</b>
1.1. Profil des patients	19
1.2. Pathologies des patients	19
1.3. Suivis et parcours de soin des patients	20
1.4. Symptômes les plus fréquemment rencontrés	20
1.5. Critères de sévérité	20
1.6. Place de l'orthophonie dans le suivi des patients	20
1.7. Préconisations transmises par l'ORL	21
<b>2. Recueil des données qualitatives</b>	<b>22</b>
2.1. Recueil d'opinions des patients	22
2.2. Recueil d'opinions de l'orthophoniste du service ORL	23
2.3. Recueil d'opinions des médecins ORL	23
2.4. Recueil d'opinions du cadre de santé du service	24
<b>Discussion</b>	<b>25</b>
<b>1. Remarques suite aux données de la littérature</b>	<b>25</b>
<b>2. Conformité du déroulement de la consultation de « Voix et Déglutition »</b>	<b>25</b>
<b>3. Conformité des comptes rendus écrits avec les recommandations</b>	<b>26</b>
<b>4. Conformité de la communication orale faite aux patients avec les recommandations de bonnes pratiques</b>	<b>26</b>
<b>5. Intérêt de cette consultation conjointe</b>	<b>27</b>
<b>6. Suggestions d'amélioration pour les patients et les aidants</b>	<b>27</b>
6.1. Elaboration de fiches conseils	27
6.2. Faire référence à la grille internationale IDDSI	28
6.3. Proposer au patient de compléter un questionnaire de qualité de vie	28
6.4. Remarques et propositions sur les aménagements possibles en vue d'un meilleur confort du patient	28
6.5. Proposer un suivi par un diététicien	29
6.6. Proposer des ateliers d'information et de formation à destination des patients et de leurs aidants	29
<b>7. Suggestions d'amélioration pour le suivi orthophonique du patient</b>	<b>30</b>
<b>8. Limites de notre étude</b>	<b>30</b>
<b>9. Perspective pour la clinique orthophonique</b>	<b>30</b>
<b>Conclusion</b>	<b>32</b>
<b>Bibliographie</b>	<b>33</b>
<b>Liste des annexes :</b>	<b>39</b>
<b>Annexe n°1 : Grille de recueil de données de 200 patients ayant consulté entre mai 2021 et octobre 2022 à la consultation de « Voix et Déglutition » du CHU de Lille</b>	<b>39</b>

<b><i>Annexe n°2 : Informations comparées des consultations hospitalières en déglutition des hôpitaux de Larrey à Toulouse, de Tours, Georges Pompidou à Paris, de Nancy-Brabois, de Rennes et de Lille</i></b>	<b>39</b>
<b><i>Annexe n°3 : Questionnaire Ressenti Patients Consultation ORL CHU de Lille</i></b>	<b>39</b>
<b><i>Annexe n°4 : Recommandations de bonnes pratiques de l'ESSD</i></b>	<b>39</b>
<b><i>Annexe n°5 : Diagramme IDDSI</i></b>	<b>39</b>
<b><i>Annexe n°6 : Fiche de conseils et adaptations à destination du patient et de son aidant</i></b>	<b>39</b>
<b><i>Annexe n°7 : Suggestion de grille d'analyse et d'observation de la consultation de « Voix et de Déglutition » pour l'usage de l'orthophoniste</i></b>	<b>39</b>
<b><i>Annexe n°8 : Deglutition Handicap Index</i></b>	<b>39</b>
<b><i>Annexe n°9 : EAT – 10 (Eating Assessment Tool)</i></b>	<b>39</b>

## Introduction

L'action de manger est un acte primaire et fondamental. Cet acte banal et quotidien peut sembler simple et pourtant il peut représenter un vrai danger pour certains. Manger implique un processus complexe, celui de la déglutition. La déglutition est l'acte d'avaler et de permettre le transport des aliments, de la salive et des sécrétions rhinopharyngées de la bouche jusqu'à l'œsophage tout en assurant la protection des voies aériennes. C'est un processus sensitivo-moteur qui présente une part volontaire et une part réflexe.

Bien qu'il n'y ait pas de consensus international sur la définition de la dysphagie, elle est couramment décrite comme un dysfonctionnement d'une ou plusieurs parties de l'appareil de déglutition, notamment la bouche, la langue, la cavité buccale, le pharynx, les voies respiratoires, l'œsophage et les sphincters supérieur et inférieur, souvent dus à des anomalies anatomiques ou structurelles (Speyer et al., 2022). Elle peut avoir différentes manifestations. C'est un symptôme présent dans de nombreuses pathologies et son incidence augmente avec l'âge. La dysphagie peut entraîner de graves complications telles que des blocages alimentaires, des inhalations pouvant conduire à des pneumopathies. La dysphagie peut engendrer également déshydratation et dénutrition. Ces différentes conséquences, si elles sont sévères et répétées, peuvent entraîner le décès de la personne. Les troubles de la déglutition ont, par ailleurs, un lourd retentissement psychosocial.

L'étude menée dans ce mémoire évaluera une manière de procéder à l'évaluation de la déglutition de patients adultes souffrant de pathologies diverses. Au sein du service ORL du CHU de Lille, une consultation pluridisciplinaire de déglutition a été mise en place afin d'évaluer les patients souffrant de dysphagie avec un double regard ORL et orthophonique. L'objectif de ce projet est de réaliser un état des lieux de ce qui est observé et effectué lors de cette consultation de déglutition du CHU de Lille.

Dans un premier temps, il s'agira de rechercher les guides de bonnes pratiques dans la littérature scientifique concernant le bilan orthophonique et le bilan ORL de la déglutition. Nous nous interrogerons sur la conformité des pratiques professionnelles avec les recommandations régies par les instances de santé.

Dans un second temps, nous analyserons le déroulement de la consultation déglutition du CHU de Lille afin d'observer les profils des patients et leur(s) pathologie(s) et la place de l'orthophonie dans leur parcours santé grâce aux informations issues des comptes rendus. Nous pourrions ainsi faire ressortir les lignes de force et éventuellement de faiblesse de cette consultation pluridisciplinaire entre orthophoniste et ORL qui vise à proposer une prise en charge complémentaire aux patients.

## Contexte théorique

### 1. La déglutition

#### 1.1. Définition de la déglutition

La déglutition est une fonction vitale de l'homme qui lui permet de s'alimenter et de s'hydrater tout en assurant la protection des voies respiratoires. Elle est aussi le premier mode de relation avec l'extérieur. In utero, le fœtus déglutit déjà le liquide amniotique. Il avale entre 200 et 760 ml de liquide amniotique par jour. C'est sa première activité motrice. Le réflexe de succion-déglutition se met en place dès 32 semaines d'aménorrhée et la fonction de déglutition est mature dès 37 semaines d'aménorrhée. Dans un premier temps la fonction de succion-déglutition est réflexe puis à trois mois de vie, elle se modifie avec la participation d'une part consciente.

Nous avalons une fois par minute environ, pour éliminer le trop plein de salive et les mucosités nasales. Cela signifie que nous avalons environ 1,5 litre de salive par jour. L'adulte déglutit jusqu'à 2 000 fois par jour. Ce qui correspond à 30 minutes par jour. (Maurin, 1988 et Dictionnaire d'Orthophonie, 2011). Nous réalisons 20 à 84 mouvements de déglutition par heure et 3 à 4 fois plus lorsque nous parlons. Lors du sommeil, la fréquence de déglutition diminue avec la diminution de la sécrétion salivaire. (Debsi, 2013)

#### 1.2. Le mécanisme de déglutition

La déglutition est un mécanisme complexe qui implique de nombreuses régions anatomiques ainsi que plusieurs muscles et différents nerfs. Les lèvres, les joues, le voile du palais, la cavité buccale, le pharynx et l'œsophage participent au mécanisme de déglutition. Les muscles labio-jugaux, les muscles masticateurs et du plancher buccal, les muscles linguaux y participent également. Les muscles de la déglutition sont innervés par des motoneurons regroupés pour la plupart au niveau des noyaux de certains nerfs crâniens (Woisard-Bassols et Puech, 2011). Cette innervation des muscles permet la mobilité et la sensibilité de l'ensemble des structures anatomiques.

#### 1.3. Les trois temps de la déglutition

Dans la littérature, trois temps sont généralement décrits dans le déroulement de la déglutition.

#### 1.4. Le temps oral

C'est le seul temps volontaire de la déglutition. Il se divise lui-même en deux étapes. La première se déroule dans la cavité buccale. Elle correspond à la phase de préhension et de préparation du bol alimentaire. La seconde étape correspond au transport du bol alimentaire de la cavité buccale vers l'oropharynx. La durée du temps oral est variable selon l'individu et selon la consistance du bol alimentaire.

Durant ce temps de mastication des aliments et de préparation du bol, l'ensemble des informations sensorielles est relevé. Le goût, la température, la consistance, la taille, la texture du bolus sont analysés afin d'adapter au mieux la réponse motrice. Le bol alimentaire devenu homogène est alors amené sur le dos de la langue. L'occlusion vélo-pharyngée se met ensuite en place et la base de langue propulse le bolus vers l'arrière.

#### 1.5. Le temps laryngo-pharyngé

Cette phase de la déglutition est réflexe et dure environ une seconde. Elle commence dans l'oropharynx. Le bolus passe dans l'isthme du gosier. Les récepteurs sensitifs de la base de langue permettent le déclenchement du réflexe de protection des voies aériennes supérieures. La respiration

est interrompue et le larynx se ferme. Les aryténoïdes basculent en avant et les bandes ventriculaires se rapprochent. Les aliments sont ensuite propulsés jusqu'au sphincter supérieur de l'œsophage (SSO). C'est au cours de ce temps que des mécanismes de protection se mettent en place afin de protéger les voies aériennes supérieures.

### **1.6. Le temps œsophagien**

Ce dernier temps de la déglutition est lui aussi réflexe et dure environ deux secondes pour les liquides et 7 à 15 secondes pour les solides. Il débute lorsque le bol alimentaire passe le SSO et dure jusqu'au passage du Sphincter Inférieur de l'œsophage (SIO), juste au-dessus de l'estomac. Les sphincters supérieur et inférieur de l'œsophage s'ouvrent au passage du bol alimentaire.

## **2. Physiopathologie de la dysphagie**

### **2.1. Définition de la dysphagie**

La dysphagie est un trouble acquis de la fonction de déglutition. Elle provoque une sensation de gêne ou d'obstacle à la progression des aliments qui peut aller jusqu'à une réelle douleur à la déglutition (odynophagie). On distingue la dysphagie oropharyngée (dysphagie dite « haute », lorsque la difficulté se situe au niveau de la bouche ou de la gorge) de la dysphagie œsophagienne (dite « basse »). Lors de la consultation de déglutition du CHU de Lille, ce sont essentiellement les dysphagies oropharyngées qui sont analysées.

Les données sur la prévalence de la dysphagie varient d'une étude à l'autre. Selon *World Gastroenterology Organisation Global Guidelines* (2014), une personne sur 17 risque de développer une dysphagie au cours de sa vie. Selon l'étude de Holland et al. (2011), la prévalence de la dysphagie dans la population générale est de 11%. Après un AVC, la prévalence de la dysphagie s'élève à 40-70% (Turley, 2009), entre 60-80% chez les patients avec une pathologie neurodégénérative et entre 60-75% chez les patients ayant été traités par radiothérapie suite à un cancer de la tête et du cou. (Lin et al, 2002).

Concernant la presbyphagie, c'est-à-dire le vieillissement du processus de déglutition, elle concernerait 8 à 15% des personnes âgées à domicile (Puisieux, D'Andrea, Baconnier et al., 2009). Ce chiffre augmente avec l'hospitalisation ou l'institutionnalisation pour atteindre 30-40% (Sorel, 2019). La personne âgée nécessite donc une attention et une prise en charge adaptée en fonction de ses capacités de déglutition.

### **2.2. Signes cliniques de la dysphagie**

Les symptômes d'un trouble de la déglutition sont :

- ✓ des difficultés à mastiquer,
- ✓ un bavage,
- ✓ un reflux nasal,
- ✓ des résidus buccaux,
- ✓ des aliments collés au palais,
- ✓ une toux ou sensation d'étouffement,
- ✓ une voix mouillée après avoir dégluti,
- ✓ des blocages avant, pendant et après la déglutition,
- ✓ un encombrement bronchique
- ✓ un pic fébrile (signe évocateur de pneumopathie d'inhalation).

Par ailleurs, il peut y avoir une augmentation de la durée des repas, une adaptation des consistances, des restrictions alimentaires, une perte d'appétit. Toute modification du comportement alimentaire, dans un contexte de dysphagie, doit être analysé avec vigilance. Effectivement, selon la sévérité des troubles, des complications nutritionnelles (dénutrition/ déshydratation) et des affections respiratoires peuvent engager le pronostic vital du patient.

### **3. Etiologie des troubles de la déglutition**

La dysphagie est un trouble qui doit être pris en charge de manière prioritaire. De nombreuses pathologies sont à l'origine de dysphagie :

- ✓ maladies neurologiques dégénératives (maladie de Parkinson, sclérose latérale amyotrophique, myopathies...), et accidents vasculaires cérébraux ;
- ✓ séquelles de traumatismes crâniens,
- ✓ maladies motrices de l'œsophage (diverticules de Zenker, achalasia...),
- ✓ cancers des voies aéro-digestives supérieures (VADS) et de l'œsophage,
- ✓ presbyphagie,
- ✓ dysphagie iatrogénique induite par des traitements médicamenteux.

### **4. Retentissement sur la qualité de vie**

La dysphagie a des répercussions au niveau individuel et sociétal. Le quotidien et la qualité de vie des patients ainsi que de leur entourage en sont impactés. (Ekberg et al., 2002 ; Woisard et Puech, 2011). Les principales complications sont, selon Woisard et Puech (2011), des infections respiratoires provoquées par des pneumopathies d'inhalation dues aux fausses routes répétées, mais aussi une dénutrition et/ou une déshydratation pouvant mettre en jeu le pronostic vital.

L'étude menée par Tastet, Guatterie et Barat (2005) a mis en évidence que la dysphagie avait un impact péjoratif sur les quatre domaines suivants : la qualité de vie physique, émotionnelle, sociale et familiale. Les patients décrivent des difficultés pour avaler, une sensation d'étouffement, une fatigue, mais ils expriment également des répercussions sur leur vie sociale et familiale. Les habitudes de vie peuvent être bousculées. Le changement de texture alimentaire, l'augmentation de la durée des repas et du mode d'alimentation obligent à une refonte du rythme familial, provoquant parfois des conflits autour de l'alimentation. Dans une étude publiée par Ekberg (2002), plus de 50 % des patients ont affirmé qu'ils « mangeaient moins » et 44 % ont déclaré avoir perdu du poids au cours des douze mois précédents. Seulement 45 % des patients trouvent que l'expérience de manger est agréable et 41 % ont déclaré ressentir de l'anxiété lors des repas. Cette étude indique que la dysphagie par son aspect handicapant, peut engendrer une perte de confiance en soi, une diminution de l'estime de soi. Les médecins et le personnel soignant doivent avoir conscience des effets péjoratifs de la dysphagie sur l'estime de soi, la socialisation et la joie de vivre. Il est donc important de mener un interrogatoire minutieux afin d'évaluer l'impact de la maladie sur la vie quotidienne du patient.

Enfin, il convient de prendre en compte les répercussions économiques de la dysphagie. Au vu de son état de santé, souvent altéré, le patient dysphagique est amené à être hospitalisé plus longtemps, plus régulièrement du fait des complications. Ces soins entraînent des coûts de santé importants, que l'on peut limiter par des mesures préventives. La prise en charge des troubles de déglutition en établissement hospitalier se révèle être, dès lors, un enjeu de santé publique.

### **5. Le bilan de la déglutition**

Le bilan de déglutition permet d'objectiver les troubles du patient. C'est avant tout le premier contact avec le patient et éventuellement avec son aidant. Il est l'étape clé du projet thérapeutique,

indispensable pour créer une alliance thérapeutique entre le professionnel et le patient. Selon le docteur S. Hans, chirurgien ORL, HEGP, Paris, (2005), il est fondamental d'expliquer au patient et à son entourage la cause des troubles de la déglutition, leur évolution et de leur proposer un programme thérapeutique avec un suivi régulier.

### 5.1. Le bilan ORL de déglutition

Le médecin ORL évalue la déglutition en vue d'établir un diagnostic médical. Il procède à une démarche étiologique afin de déterminer les causes de la dysphagie et la nécessité ou non d'un traitement médicamenteux, d'une rééducation, d'une intervention chirurgicale. Le bilan comprend un interrogatoire, un examen clinique avec observation de la posture (Rysman, 2021), un examen du carrefour aéro-digestif et un essai de déglutition (Puech et Woissard, 1998, Puech et Woissard-Bassols, 2003). Le médecin peut également procéder à des essais alimentaires sous nasofibroscopie ou vidéoradioscopie.

Avant tout essai alimentaire, le médecin ORL procède à l'examen morphologique et dynamique du carrefour aérodigestif afin de s'assurer qu'il n'y a pas de risque vital à l'essai de déglutition. Selon Puech (2011), le bilan clinique permet d'obtenir un état des lieux morphologique des structures au repos permettant de repérer les anomalies de la cavité buccale (hygiène bucco-dentaire, modifications anatomiques), les anomalies de la face et de la posture. Le médecin ORL réalise une évaluation dynamique de la sphère oro-bucco-faciale afin de s'assurer de la force motrice et du tonus oro-buccal.

De même qu'au cours du bilan orthophonique, l'évaluation clinique non-instrumentale menée par le médecin ORL consiste en un recueil d'informations sur l'histoire médicale du patient, un examen physique et une description subjective de ses troubles de déglutition.

### 5.2. Le bilan orthophonique de la déglutition

Exerçant sous prescription médicale, l'orthophoniste évalue la déglutition, prend en charge sa réhabilitation fonctionnelle et sécurise les prises alimentaires. Formé au trouble de la déglutition, l'orthophoniste est un professionnel de santé incontournable dans la prise en charge des patients souffrant de dysphagie (Ruglio, 2017).

Le bilan orthophonique de déglutition suit la trame de tout bilan orthophonique (Puech et Woissard, 1998 ; Vidberg et Verchere, 2017) :

- ✓ Anamnèse / Interrogatoire
- ✓ Recueil des données cliniques
- ✓ Examen général du patient, examen clinique des fonctions sensori-motrices oro-bucco-faciales, examen des réflexes
- ✓ Examen clinique et fonctionnel de la déglutition avec passation de tests reproductibles
- ✓ Analyse et diagnostic
- ✓ Etablissement du plan thérapeutique.

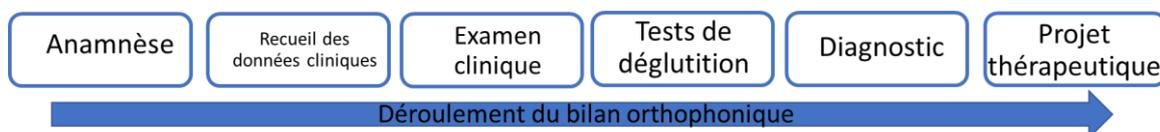


Figure 1 : Trame du bilan orthophonique d'évaluation de la déglutition

### **5.2.1. Anamnèse**

Au cours de l'anamnèse, l'orthophoniste recueille les éléments administratifs concernant le patient, les antécédents médicaux et paramédicaux, les informations sur les traitements en cours, sur le mode de vie du patient et son environnement.

### **5.2.2. Recueil des données cliniques**

Afin d'avoir des renseignements sur le mécanisme physiopathologique, il est essentiel de recueillir des informations sur les modalités d'apparition et les facteurs déclenchants le trouble. L'orthophoniste interroge le patient sur son mode d'alimentation, sur les textures et quantités ingurgitées, sur le nombre de prises alimentaires et sur les adaptations mises en place. L'orthophoniste évalue, également, le comportement et les capacités cognitives du patient, en testant ses capacités de communication et de compréhension, son niveau d'implication qui seront essentiels par la suite, si des recommandations thérapeutiques sont données. L'orthophoniste demande au patient d'exprimer sa plainte afin de bien cerner le motif de consultation. Recueillir l'avis de l'entourage du patient peut être très utile pour obtenir un reflet plus fidèle de la réalité clinique, le patient pouvant avoir tendance à minimiser ou à accentuer ses troubles. Il est donc utile de comparer le discours du patient et celui de son proche pour avoir un bon aperçu du niveau de conscience du trouble (Puech et al., 1997).

### **5.2.3. Examen clinique des fonctions oro-bucco-faciales**

Lors de l'examen clinique, l'orthophoniste :

- évalue l'état général du patient et sera attentif s'il constate une baisse de la vigilance, un état respiratoire pathologique, une posture inadaptée, des évictions alimentaires, des signes d'anxiété ou de dépression (Kessler, 2015) ;
- effectue un examen sensori-moteur afin d'évaluer le niveau de risque encouru lors de l'alimentation ainsi que le fonctionnement physiologique de la déglutition ;
- observe la posture du patient, son tonus musculaire, la présence de mouvements anormaux, l'état bucco-dentaire, le contrôle salivaire ;
- s'intéresse aux fonctions impliquées lors du déroulement de la déglutition et s'assure de l'autonomie du patient, de ses compétences sur le plan de la respiration et de la phonation. Il repère le type de respiration : nasale ou orale ou via trachéotomie dans certains cas. Il sera attentif aux capacités de synchronisation du patient entre la respiration et la phonation et entre la respiration et la déglutition. La qualité de la voix et l'articulation sont analysées afin de repérer des signes d'encombrement, de nasalisation, de forçage vocal ;
- procède à un examen dynamique en demandant au patient d'exécuter des praxies linguales, labiales, jugales et vélares. L'objectif est d'évaluer le tonus des effecteurs entrant dans le processus de déglutition. L'orthophoniste observe également les aspects moteurs et sensitifs du pharyngo-larynx afin de s'assurer de la fonctionnalité de l'ascension laryngée, de la fermeture glottique, des réflexes de déglutition et de toux.
- teste les capacités sensitives et sensorielles avec des stimulations tactiles, thermiques et gustatives au niveau de la sphère oro-bucco-faciale ;
- recherche la présence ou non des réflexes normaux ou archaïques, afin d'obtenir des informations sur la sensibilité et la motricité réflexe du carrefour aérodigestif.

#### **5.2.4. Essais alimentaires**

Lors de l'examen clinique, l'orthophoniste propose des essais de déglutition à différentes textures : salive, solides et liquides. Une autorisation médicale doit avoir été obtenue avant tout essai alimentaire. L'orthophoniste doit, par ailleurs, s'être assuré que le réflexe de toux est présent et sonore. Une attention particulière est portée à la posture du patient au niveau de la tête et du tronc, à l'enchaînement et au rythme des étapes successives et au rythme auquel le patient mange. Dans la mesure du possible, l'essai alimentaire peut être complété par l'observation d'un repas complet, afin de permettre une évaluation la plus écologique possible. L'orthophoniste observe, alors, le déroulement de la déglutition lors des phases orales et pharyngées sur différentes textures, avec les outils et couverts auxquels le patient est habitué et sur un temps plus long que celui des essais. Toutes ces observations permettent de dresser le profil global du patient, de décrire le mécanisme physiopathologique du trouble et de formuler des hypothèses sur les causes. Mais seule la réalisation d'examens paracliniques peut compléter et confirmer le diagnostic.

#### **5.2.5. Les échelles d'évaluation fonctionnelle de la déglutition**

L'orthophoniste peut s'appuyer sur différentes échelles d'évaluation fonctionnelle de la déglutition telles que :

- ✓ Le test des « 3-Oz » d'eau (Depippo, Holas et Reding, 1992),
- ✓ Le test de capacité fonctionnelle de déglutition (Guatterie et Lozano, 2005),
- ✓ Le dépistage clinique (Daniels et al., 2012),
- ✓ Le GUSS (Gugging Swallowing Screen, 2006),
- ✓ Le viscosity-Volume Swallow Test (V-VST) (Clavé et al. 2008),
- ✓ Le COLP-FR-G (Fargues et Guyon, 2016).

Par ailleurs, des échelles d'auto-évaluation comme le DHI (Deglutition Handicap Index), l'EAT 10 (Eating Assessment Tool) ou le SWAL-QOL peuvent être proposées pour avoir des informations sur les répercussions du trouble sur le quotidien du patient. Le MNA (Mini Nutritional Assessment) peut être complété en collaboration avec un diététicien afin d'évaluer l'état nutritionnel.

A la phase de diagnostic, selon Hans (2005), les explications données par l'orthophoniste en utilisant d'autres mots que ceux du médecin neurologue, ORL ou gastro-entérologue, contribuent à une meilleure compréhension et donc une meilleure adhésion du patient et de son entourage au traitement. A l'issue du bilan, l'orthophoniste donne et explique des indications sur les différentes adaptations possibles, au niveau des textures, des postures, de l'environnement afin de faciliter la prise alimentaire. Ces indications seront d'autant mieux acceptées et respectées qu'elles seront comprises.

Cependant, l'examen clinique orthophonique n'est pas toujours suffisant car il ne permet pas d'observer ni d'évaluer les dysfonctionnements survenant lors de la phase pharyngée. La démarche orthophonique est donc hypothético-déductive. Il s'agit d'émettre des hypothèses diagnostiques suite aux observations réalisées et de proposer des explorations fonctionnelles complémentaires pour les infirmer ou confirmer (Kessler, 2015).

#### **5.3. Les examens fonctionnels de la déglutition**

Afin d'évaluer correctement le mécanisme de la déglutition et de comprendre ses possibles dysfonctionnements, il est parfois indispensable de réaliser une exploration fonctionnelle de la

déglutition. L'examen clinique n'est pas suffisamment sensible et spécifique pour détecter des dysfonctionnements au niveau pharyngé. Une étude menée par Splaingard et al. (1988) considère que seuls 42% des patients présentant des inhalations sont diagnostiqués lors de l'examen clinique. Martino et al. (2005) préconise donc le recours à une évaluation instrumentale de la dysphagie en complément.

Lors de cet examen, le patient est mis en situation de déglutition et le médecin, grâce aux méthodes d'exploration fonctionnelle, recherche les anomalies pouvant survenir lors des différentes étapes de la déglutition. Il est possible de tester différentes textures et différentes consistances. Généralement le patient est évalué dans un premier temps sur sa déglutition salivaire puis sur la prise de cuillerées de compote ou d'eau gélifiée (texture homogène) et d'eau froide pétillante. Le praticien évalue les postures et adaptations mises en place par le patient. Il est vigilant aux signes d'alerte énoncés précédemment. Ces différentes observations permettent d'établir des hypothèses quant à l'origine des troubles. Selon les symptômes du patient, certains bilans et examens complémentaires seront demandés comme l'indique Rysman et al. (2021) suivant un arbre décisionnel des bilans à établir en fonction des symptômes du patient.

Les différents types d'évaluation instrumentale sont les suivants :

- ✓ La nasofibroscopie est souvent proposée en première intention dans le cadre de bilan de déglutition. (Kessler, 2015, Rysman, 2021). C'est un examen efficace pour visualiser le sphincter vélo-pharyngé, les cordes vocales et l'hypopharynx, d'éventuelles stases et fausses routes. Il est couramment réalisé en consultation. Du point de vue orthophonique, cet examen permet de cibler les exercices spécifiques à pratiquer (renforcement de la base de langue, de la fermeture du plan glottique...)
- ✓ La radiocinématographie permet l'évaluation des troubles de la déglutition (Woisard-Bassols, 2013). Le patient, exposé aux rayons X, doit déglutir un produit radio-opaque qui permet de visualiser le processus de déglutition.
- ✓ La manométrie œsophagienne enregistre, par l'intermédiaire d'une sonde, les contractions musculaires au niveau du pharynx et de l'œsophage. C'est un examen généralement réalisé dans le cadre de pathologies motrices de l'œsophage.

Le choix de l'une ou l'autre de ces différentes explorations fonctionnelles dépend des informations recueillies lors de l'entretien initial avec le patient et lors du bilan clinique (Woisard-Bassols et Puech, 2011).

Après avoir présenté les mécanismes de la déglutition, les étiologies possibles et les grands axes de l'évaluation orthophonique et ORL, nous nous intéressons aux recommandations publiées par les instances nationales et internationales de santé.

## **6. Recommandations de bonnes pratiques de l'évaluation de la déglutition issues de la littérature**

### **6.1. Recommandations de bonnes pratiques issues des instances de santé**

Selon la Haute Autorité de Santé, *les recommandations de bonne pratique (RBP) sont définies dans le champ de la santé comme des propositions développées méthodiquement pour aider le praticien et le patient à rechercher les soins les plus appropriés dans des circonstances cliniques données.* » (HAS et FFN, Fédération Française de Nutrition, 2021)

### **6.1.1. Recommandations de l'Inter CLAN Gériatrique AP-HP**

*Recommandations de bonnes pratiques sur la prise en charge de patients âgés atteints de troubles de la déglutition à la demande de l'Inter CLAN (Comité de Liaison Alimentation et Nutrition) Gériatrique AP-HP (2011).*

Ces recommandations conseillent de procéder au dépistage de troubles de la déglutition en cas de pathologies provoquant des dysphagies et ce, même si le patient n'émet pas de plainte. L'évaluation médicale débute par un interrogatoire du patient et/ou du soignant suivi d'un examen clinique complet afin de s'assurer de l'état de vigilance du patient. Puis des examens complémentaires peuvent être proposés : bilans biologiques, bilans paramédicaux (orthophonique, diététique, kinésithérapique, ergothérapique) ainsi que des examens d'explorations fonctionnelles (fibroscopie, vidéofluoroscopie, manométrie oesophagienne).

L'Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé (ANAES) a recommandé, en 2002, le dépistage systématique des troubles de la déglutition selon le principe du « 3 Oz Water swallow test » pour les patients adultes atteints d'accident vasculaire cérébral. Ce test consiste à faire boire 90ml d'eau au patient. En cas de difficultés, toux ou modification de la voix pendant la déglutition, le test est arrêté car le trouble de déglutition est considéré comme probable. Tant que le test au verre d'eau n'est pas réalisé, le patient se verra proposer une alimentation de type mouliné avec eau gélifiée et épaississement des liquides.

Selon ces recommandations de bonnes pratiques, lors de l'examen clinique, l'orthophoniste évalue les facteurs de risque, relève la plainte du patient et de son entourage, observe le tonus et la posture du patient, la souplesse du cou et du thorax, rectifie, si nécessaire, l'installation, vérifie l'état buccodentaire, évalue la motricité bucco-pharyngée, la mobilité bucco-laryngée et évalue la parole et l'état cognitif. Au cours de l'examen fonctionnel, l'orthophoniste propose des essais alimentaires de difficulté croissante : eau pétillante froide, eau plate froide, eau plate à température ambiante, liquide chaud. Puis sera proposé de la compote ou un fromage blanc ; et enfin, un plat chaud avec des morceaux de plus en plus difficiles à mâcher. Cette évaluation doit se faire en situation écologique, c'est-à-dire avec l'aide humaine et/ou technique auquel le patient a habituellement recours.

### **6.1.2 Recommandations de bonnes pratiques de la DGSA**

*« Les troubles de déglutition peuvent se révéler bruyamment à l'occasion d'une fausse route ou d'une régurgitation nasopharyngée évidente. Ils s'expriment souvent de façon plus insidieuse. Il faut y penser devant une voix "mouillée", des raclements de gorge ou une toux au cours des repas, une rétention anormale des aliments en bouche, un bavage, des épisodes infectieux respiratoires récidivants, des repas qui se prolongent anormalement, un amaigrissement, une dénutrition, d'autant que le sujet est atteint d'une des pathologies connues pour donner de tels troubles. » (Bonnes pratiques de soins en EHPAD. Recommandations. DGSA de juin 2004)*

Ces recommandations proposent le test du verre d'eau pour dépister les troubles de la déglutition. De petites quantités d'eau sont proposées au patient soit au verre, soit à la cuillère à café puis à soupe. Ce test au verre d'eau est interdit en cas de troubles de déglutition sévères. Le bilan doit être composé d'un examen clinique orofacial et ORL et, selon le cas, d'examens complémentaires : vidéoradiographie, endoscopie, manométrie oro-pharyngée.

### 6.1.3 Recommandations de bonnes pratiques de l'ESSD

Le livre blanc publié en 2022 par l'ESSD (European Society for Swallowing Disorders) propose des recommandations quant aux différents outils de dépistage et aux pratiques d'évaluation de la dysphagie. Le rapport de l'ESSD fait état de trois outils de dépistage fréquemment utilisés :

- ✓ *Toronto Bedside Swallowing Screening Test* ou *TOR-BSST* (Martino et coll., 2009) : ce test de dépistage se compose de deux étapes : une évaluation de la qualité de la voix et de la motricité linguale puis une évaluation des capacités de déglutition lors de la prise de dix cuillères à café d'eau consécutives.
- ✓ *V-VST* (Clavé et coll., 2008) propose un essai de déglutition sur trois textures différentes : nectar, pudding et liquide et avec trois quantités différentes (5, 10 et 20 ml).
- ✓ *Gugging Swallowing Screen* ou *GUSS* (Trapl et coll. 2007) évalue la déglutition lors de plusieurs essais sur différentes quantités et textures.

L'ESSD recommande de procéder à un examen clinique physique ainsi qu'à une anamnèse détaillée afin de recueillir toutes les informations sur les antécédents médicaux, la plainte et la description par le patient de ses problèmes de déglutition. L'évaluation clinique a plusieurs objectifs : identifier les causes possibles des troubles de déglutition, évaluer le niveau de sécurité et le risque d'aspiration lors de la déglutition, évaluer les capacités d'alimentation par voie orale ou par voie entérale.

Les auteurs du rapport de l'ESSD considère qu'une évaluation de la déglutition doit inclure :

- ✓ une évaluation des capacités cognitives et communicationnelles du patient ;
- ✓ un bilan anatomique, physiologique et fonctionnel de la sphère ORL, incluant un examen des paires crâniennes et une observation de l'état bucco-dentaire;
- ✓ un état des lieux de la situation nutritionnelle actuelle (méthode d'ingestion et régime alimentaire actuels) ;
- ✓ une observation d'une prise alimentaire ;
- ✓ des essais de déglutition proposant d'autres textures, des postures et manœuvres de sécurité afin de pouvoir donner des conseils d'adaptation au patient.

Nous détaillons en Annexe (cf. Annexe n°4), les recommandations de l'ESSD concernant l'examen clinique.

A ce jour, selon l'ESSD, les examens fonctionnels considérés comme le « Gold Standard » de l'évaluation de la déglutition sont la nasofibroskopie et la vidéofluoroscopie. Ces deux examens permettant de repérer les fausses routes. Cependant, elles ne sont pas toujours accessibles. Et il n'existe pas de consensus international sur leur interprétation ni de preuve de leur fiabilité psychométrique.

Nous détaillons, dans la partie suivante, les recommandations publiées concernant certaines étapes qui nous ont semblé importantes dans l'évaluation de la déglutition.

## 6.2. Recommandations de bonnes pratiques quant au déroulement de l'évaluation de la déglutition

### 6.2.1. Recommandations de bonnes pratiques sur la durée du bilan

Selon Woisard-Basol (2011), le bilan médical de déglutition à visée diagnostique dure environ trente minutes. Il inclut le temps de l'interrogatoire, l'examen clinique, les essais de déglutition sous explorations fonctionnelles ainsi qu'un temps de restitution et d'éducation du patient et de son

accompagnant. Nous n'avons pas trouvé dans la littérature d'autres recommandations quant à la durée de l'évaluation de la déglutition.

### **6.2.2. Recommandations de bonnes pratiques sur les examens fonctionnels**

Même s'il n'existe pas de consensus international sur leur interprétation ni de preuve de leur fiabilité psychométrique, les examens de nasofibroscopie et de vidéofluoroscopie représentent les « Gold Standards » de l'évaluation de la déglutition (Brady et Donzelli, 2013). L'étude menée par Aviv (2000) a mis en évidence que ce sont les deux examens les plus fiables lorsqu'il s'agit d'évaluer le risque de fausse route. Selon Langmore (2017), la fibroscopie serait l'examen le plus sensible pour détecter des stases pharyngées et des pénétrations laryngées. Cet examen permet de prévenir des conséquences graves telles que la pneumonie par aspiration : « *La fibroscopie de déglutition permet une vue inégalable des mécanismes de protection des voies aériennes, une détection des pénétrations laryngées et des fausses routes trachéales, ainsi qu'une éducation du patient grâce à un feedback visuel.* » (Leder & Murray, 2008).

Les médecins ORL étant formés à la pratique de la fibroscopie (Schatz et al., 1991, cité par Adam, 2021), cet examen est souvent intégré à l'examen clinique afin d'observer la phase pharyngée et les mécanismes physiopathologiques. Il aide à déterminer quels conseils donner au patient quant aux stratégies de compensation et aux adaptations de textures à mettre en place. La fibroscopie offre également la possibilité d'une exploration relativement longue. Le fibroscope peut être toléré par le patient pendant plusieurs minutes permettant ainsi de procéder à plusieurs essais alimentaires. (Leder & Murray, 2008).

### **6.2.3. Recommandations de bonnes pratiques sur le compte rendu écrit**

Les conclusions du bilan et les recommandations sont retranscrites dans un compte rendu écrit envoyé au patient et au personnel soignant qui le suit afin qu'ils puissent en garder une trace écrite. Le thérapeute y note l'ensemble des conseils donnés lors de la consultation : recettes, moyens d'enrichissement des repas, adaptations posturales, modifications de textures (Woisard-Bassols, 2011, Brihaye-Arpin, Sauvignet, Tessier, 2005).

En 2000, des recommandations ont été publiées par l'ANAES à destination des médecins quant à l'information à transmettre aux patients, tant sur le contenu que sur la forme. Il y est indiqué que « *l'information donnée par le médecin au patient est destinée à l'éclairer sur son état de santé, à lui décrire la nature et le déroulement des soins et à lui fournir les éléments lui permettant de prendre des décisions en connaissance de cause ... L'information est un élément central dans la relation de confiance entre le médecin et le patient, et contribue à la participation active de ce dernier aux soins.* »

Sur le plan du contenu, les informations données par le médecin portent sur :

- ✓ L'état du patient et les évolutions de sa pathologie ;
- ✓ Le déroulement des examens et leurs objectifs ainsi que leurs conséquences.

L'information, qu'elle soit orale ou écrite, doit être compréhensible : « *Au cours de cette démarche, le médecin s'assure que le patient a compris l'information qui lui a été donnée.* » (ANAES, 2000)

Sur le plan des modalités de l'information, « *l'information orale est primordiale car elle peut être adaptée au cas de chaque personne. Il est nécessaire d'y consacrer du temps et de la disponibilité ...* ». Quant à l'information écrite, « *lorsque des documents écrits existent, il est souhaitable qu'ils soient remis au patient pour lui permettre de s'y reporter et/ou d'en discuter avec toute personne de son choix...* »

#### **6.2.4. Recommandations de bonnes pratiques sur les essais de déglutition**

Lors des essais de déglutition, la progression classique reste la déglutition de la salive (liquide physiologique compact) puis des crèmes, elles aussi compactes avec une possibilité de maîtrise du bolus ; de l'eau gélifiée, des nectars de fruits qui restent encore épais et sont une bonne transition entre le pâteux et les liquides. Si ces premiers essais se sont bien déroulés, l'orthophoniste propose des liquides frais et gazeux. L'eau plate n'est proposée que si les tests aux textures précédents ont été validés (Brihaye-Arpin, Sauvignet, Tessier, 2005).

Depuis 2013, une grille standardisée et internationale a été établie par le comité IDDSI (International Dysphagia Diet Standardisation Initiative, cf. Annexe n°5) pour classer les différents types de textures. Un comité d'experts internationaux a développé cette terminologie IDDSI afin de donner des définitions précises et détaillées sur les aliments de textures modifiées et les liquides épaissis pour toute personne souffrant de dysphagie, quels que soient son âge et sa culture. La classification propose un continuum de huit niveaux de textures alimentaires allant des liquides aux solides. L'objectif de cette classification est de favoriser un langage commun entre les professionnels de santé, les professionnels de la restauration, les aidants pour accompagner au mieux les patients. L'usage d'une terminologie commune assure une meilleure cohérence du suivi. Faire référence à cette grille internationale suit les recommandations de bonnes pratiques et sécurise les patients ainsi que les professionnels.

#### **6.2.5. Recommandations de bonnes pratiques sur la multidisciplinarité**

Les troubles de la déglutition altèrent d'une façon importante la qualité de vie des patients et nécessitent une prise en charge multidisciplinaire. De nombreuses structures anatomiques sont impliquées dans la déglutition (Woisard & Puech, 2011). D'où, la nécessité d'un suivi par différents professionnels médicaux et paramédicaux selon l'étiologie des troubles. Les patients sont généralement suivis par leur médecin généraliste mais aussi par des médecins spécialistes ainsi que par des professionnels soignants et paramédicaux (infirmiers, aides-soignants, kinésithérapeute, ergothérapeute, neuropsychologue, orthophoniste, diététicien, psychologue, assistante sociale). Inter CLAN gériatrique AP-HP, 2011 met en avant l'importance du rôle des différents professionnels dans le bilan et le suivi de la dysphagie afin de garantir au patient une prise en charge globale et individualisée. L'entourage est également inclus dans cette prise en charge pluridisciplinaire car il fait, lui aussi, partie du processus de soins du patient et participe à son équilibre socio-psychologique. Une communication interprofessionnelle est essentielle dans un contexte de dysphagie. Elle assure un meilleur dépistage, un diagnostic plus précis ainsi qu'un suivi personnalisé incluant des adaptations matérielles, alimentaires et humaines.

Après avoir détaillé les directives publiées par les instances de santé, nous présentons le déroulement de la consultation conjointe orthophoniste et ORL du CHU de Lille.

### **7. La consultation de « Voix et Déglutition » du CHU de Lille**

#### **7.1. Présentation de la consultation**

Une consultation pluridisciplinaire dédiée à la déglutition a été créée au sein du service ORL de l'hôpital Claude Huriez au CHU de Lille en 2005, sous l'impulsion du chef de service et de l'orthophoniste du service. L'objectif était de proposer une évaluation conjointe afin de répondre au mieux aux besoins du patient tant sur le plan du diagnostic physio-pathologique des troubles que sur celui de la prise en charge. A l'origine, cette consultation avait lieu une fois par mois et était dédiée aux patients présentant des dysphonies et/ou des dysphagies. Actuellement, les problématiques

vocales sont étudiées par les médecins ORL lors de consultations dédiées. Les troubles de la déglutition sont, quant à eux, analysés lors des consultations conjointes qui ont lieu de manière hebdomadaire le lundi après-midi. Le patient est vu simultanément par un médecin ORL et l'orthophoniste du service. Le temps accordé pour chaque patient est de vingt minutes minimum.

## 7.2. Déroulé de la consultation

Avant l'arrivée des patients, les aliments et le matériel nécessaires à la réalisation de l'examen sont préparés : une compote, de l'eau pétillante et des biscuits secs, des cuillères et des gobelets en carton fournis par le CHU de Lille.



Image 1 : Salle de consultation



Image 2 : préparation pour les essais de déglutition

### ✓ Interrogatoire

Dans un premier temps, le dossier médical du patient est étudié afin de constituer un premier avis entre le médecin ORL et l'orthophoniste. Puis le patient est reçu avec son accompagnant. Les deux consultants écoutent la plainte du patient ainsi que les remarques apportées par l'accompagnant. Les cliniciens questionnent le patient sur son histoire de vie, sur ses antécédents médicaux, sur le type de traitement en cours, sur les éventuelles chirurgies reçues, sur un éventuel suivi orthophonique en cours. Si tel est le cas, le patient est interrogé sur ce qui est travaillé au cours des séances et ce qui est appliqué au quotidien. Les coordonnées de l'orthophoniste sont demandées afin de l'informer des conclusions de l'examen.

### ✓ Examen clinique

Le médecin ORL procède à l'examen clinique du patient. Il évalue l'aspect anatomique des structures, l'état bucco-dentaire ainsi que les compétences sensorielles et fonctionnelles. Il procède à une palpation cervicale pour évaluer la souplesse des tissus et une observation exo et endo buccale. La qualité des muqueuses, l'aspect de la salive sont évalués. Le médecin ORL estime le niveau de sensibilité buccale en piquant légèrement la langue, l'intérieur des joues au moyen d'un abaisse-langue coupé en deux. Le tonus et la mobilité de la langue sont contrôlés en demandant au patient d'effectuer certaines praxies. La toux volontaire est évaluée afin de s'assurer des capacités du patient à extraire les mucosités ou un corps étranger en cas de fausse route. Le réflexe nauséux est également recherché.

### ✓ Examen fonctionnel de déglutition

Ensuite, est pratiquée l'exploration sous nasofibroscope. L'ORL effectue cet examen en utilisant un nasofibroscope de diamètre inférieur ou égal à 3,5 mm et une source de lumière froide, de marque Olympus® ou Xion®. Cette exploration est effectuée, le patient étant assis sur un fauteuil avec tête, le buste droit, la tête fléchie afin de dégager l'espace rétrobasilingual et permettre une meilleure

visibilité du carrefour aérodigestif. Certains patients peuvent arriver allongés sur un brancard. Dans ce cas, le patient est redressé au maximum. L'examen est pratiqué sans anesthésie locale pour ne pas diminuer la sensibilité pharyngolaryngée. Il est demandé au patient de respirer par le nez calmement, afin que le voile du palais soit détendu. Le nasofibroscope est ensuite introduit de manière progressive à travers le nasopharynx et l'oropharynx jusqu'à la visualisation des cordes vocales.

Au cours de cet examen, le médecin ORL et l'orthophoniste peuvent observer le mécanisme de déglutition d'un point de vue morphologique et dynamique. L'image est projetée sur un écran permettant aux cliniciens de les analyser mais aussi au patient de les observer, s'il le souhaite. Le patient comprend ainsi les différents mécanismes de la déglutition et peut participer à sa prise en charge (Leder & Murray, 2008).

Afin d'évaluer le patient en situation fonctionnelle et écologique, il lui est demandé de réaliser un « i » ou un « é » tenu afin d'observer l'adduction des cordes vocales. Une déglutition sèche est requise pour examiner l'élévation laryngée. Un hémage volontaire peut également être demandé afin de vérifier la capacité à désencombrer le larynx. Puis, des essais alimentaires sont proposés avec une à quatre cuillères à café de compote, quelques morceaux de biscuits secs et ensuite quelques cuillères à café d'eau pétillante froide pour évaluer la déglutition selon différentes compositions du bolus. Les fausses routes secondaires survenant principalement après quelques cuillères, il est préférable de proposer au moins trois cuillérées au patient.

#### ✓ **Entretien diagnostique**

Une fois cet examen réalisé, le médecin ORL donne un premier avis diagnostique. L'orthophoniste propose des manœuvres et postures aidantes si nécessaires. Les deux cliniciens répondent aux questions du patient lui expliquant le diagnostic posé. Des traitements médicamenteux ou chirurgicaux peuvent éventuellement être proposés et discutés avec le patient et son accompagnant. Souvent, une consultation de contrôle est proposée à délais variables. Une prise en charge orthophonique en libéral ou dans le service peut être prescrite. Le patient et l'aidant sont invités à poser leurs questions et à exprimer leurs incompréhensions s'ils en ont. Les cliniciens veillent à ce que le patient quitte la salle de consultation en ayant pu s'exprimer autant qu'il le souhaitait.

#### ✓ **Rédaction du compte rendu**

Une fois que le patient a quitté la salle de consultation, médecin ORL et orthophoniste se concertent pour la rédaction du compte rendu. Le médecin ORL dicte ce dernier par synthèse vocale. Le compte rendu de la consultation est ensuite envoyé au patient, au médecin prescripteur et aux différents professionnels qui le suivent.

Nous retrouvons ainsi les différentes étapes du bilan orthophonique présentées précédemment.

### **8. Comparaison avec des consultations proposées dans d'autres services hospitaliers**

cf Annexe n°2 : *Informations comparées des consultations hospitalières en déglutition des hôpitaux de Larrey à Toulouse, de Tours, Georges Pompidou à Paris, de Nancy-Brabois, de Rennes et de Lille.*

## Buts et objectifs

### 1. Émergence de la problématique

C'est lors d'un stage réalisé en quatrième année au sein du service ORL et de chirurgie cervico-faciale au CHU de Lille que l'idée de cette étude a émergé. Cette analyse observationnelle et descriptive, réalisée au sein du service ORL du CHU de Lille, concerne la consultation de « Voix et Déglutition ». Cette consultation existant depuis bientôt vingt ans, il nous a semblé intéressant d'en faire un état des lieux afin de mieux connaître les motifs de consultation, les types de pathologies rencontrées et d'analyser les méthodes employées. Nous chercherons à mettre en lumière les forces et les faiblesses de cette consultation notamment en comparaison des recommandations de bonnes pratiques publiées en la matière.

L'ANAES a publié en 2000 des recommandations sur les informations à communiquer aux patients. Dans cette publication, plusieurs bonnes pratiques sont recommandées :

- ✓ *Evaluation de la satisfaction des patients quant aux informations transmises ;*
- ✓ *Evaluation régulière des pratiques par des enquêtes auprès des patients afin de savoir si l'information leur a été donnée et de quelle manière ;*
- ✓ *Analyse rétrospective des dossiers médicaux afin de vérifier, entre autres, que l'information y figure.*
- ✓ *Evaluation de la qualité des documents écrits...*

Dans ce contexte, notre étude sur la consultation de « Voix et de Déglutition » est tout à fait justifiée. Nous procéderons à un état des lieux des documents existants ainsi que des moyens mobilisés lors de cette consultation. Pour cela, nous sélectionnerons les données utiles tant d'un point de vue quantitatif que qualitatif. Puis, nous structurerons le recueil des données dans une grille afin d'en permettre l'exploitation.

Selon Langmore (2017), l'évaluation conjointe entre le médecin ORL et l'orthophoniste est la démarche la plus bénéfique, permettant une prise en charge optimale de la dysphagie grâce à leurs connaissances et compétences respectives. La consultation conjointe entre ORL et orthophoniste proposée au sein du service ORL du CHU de Lille a donc tout son sens et une légitimité reconnue. Le fait de pouvoir compléter le bilan orthophonique avec le bilan ORL ainsi qu'une exploration fonctionnelle répond tout à fait aux recommandations internationales ainsi qu'au souci d'exigence dans la prise en charge du patient.

### 2. Objectifs

Nous avons défini plusieurs objectifs pour notre étude. L'objectif principal est de recenser les recommandations de bonnes pratiques pour s'assurer que la consultation de déglutition du CHU de Lille est conforme aux attendus. Nous souhaitons nous assurer que les recommandations de bonnes pratiques sont respectées tant sur le fond que sur la forme et que les patients, tout comme les professionnels de santé sont satisfaits de la relation thérapeutique. Nous identifierons les forces et les faiblesses de cette consultation et si nécessaire, nous proposerons des suggestions d'amélioration.

L'objectif secondaire est de mettre en évidence la place de l'orthophoniste dans l'évaluation de la déglutition des patients venant consulter au CHU de Lille dans le service ORL. Par ailleurs, nous souhaitons analyser les caractéristiques des patients venant consulter afin de dégager un ou des profils types, et les motifs de consultation les plus récurrents.

## Méthodologie

### 1. Schéma de l'étude

Cette étude est une étude rétrospective observationnelle. Elle s'est déroulée dans le service ORL de l'hôpital Claude Huriez du CHU de Lille entre mai 2021 et mars 2023.

### 2. Population de l'étude

Notre étude s'est intéressée à l'état des lieux de la consultation de « Voix et Déglutition » du CHU de Lille. Pour cela, notre projet de mémoire requiert l'étude d'une population cible. Elle est constituée des patients ayant consulté dans le service ORL du CHU de Lille, à la consultation de déglutition au cours des deux dernières années (2021-2022). Nous incluons tous les patients quel que soit leur âge, quelle que soit leur pathologie. Les patients reçus présentent des signes de dysphagie et/ou de dysphonie consécutifs à une pathologie ORL (tumeur, chirurgie de la sphère ORL) ou bien consécutifs à une pathologie neurologique ou d'origine traumatique, iatrogène, malformative, psychologique ou une presbyphagie. Les patients qui sont admis à cette consultation viennent de l'ensemble du département. Ils sont tous majeurs. Ils peuvent avoir été adressés par leur médecin traitant, par un médecin qui les suit au sein du CHU de Lille, par leur orthophoniste en libéral ou par un autre professionnel de santé spécialisé.

### 3. Procédure

Nous avons réalisé une description factuelle des étapes de la consultation, des membres présents (professionnels ou entourage), des moyens et outils utilisés, des aliments et textures choisis pour évaluer le patient. Une analyse fine des comptes rendus réalisés à la suite de la consultation a été effectuée tant sur le fond que sur la forme. Ceci nous a permis de nous assurer de la pertinence et de la conformité des procédures réalisées dans le cadre de la consultation déglutition avec les recommandations.

Nous avons, également, interrogé quelques patients à l'issue de leur consultation, ainsi que l'orthophoniste, les cadres du service et deux médecins ORL participant à cette consultation. L'objectif était d'avoir un aperçu du ressenti des patients et des professionnels, soit les deux faces de cette consultation.

### 4. Matériel

La première phase de notre étude consistait en un travail à la fois quantitatif et qualitatif. Elle comprend l'analyse des dossiers des patients ayant consulté de mai 2021 à novembre 2022. L'ensemble des données quantitatives ont été recueillies de manière rétrospective à partir des dossiers médicaux des patients obtenus, pour cette période. Puis, nous nous sommes intéressés aux données qualitatives en interrogeant quelques patients et les professionnels de santé impliqués.

#### 4.1. Recueil des données quantitatives

A partir de septembre 2022, nous avons procédé à l'analyse des données des patients après les avoir anonymisées. Ces données ont été récupérées sur l'ordinateur de l'orthophoniste du service ORL grâce au logiciel Sillage®. Nous avons pu récupérer, dans le logiciel, les dossiers des patients afin d'avoir accès aux comptes rendus de l'ORL et de l'orthophoniste rédigés à la suite de la consultation. Dans ce cadre-là, une demande avait été déposée auprès du délégué à la protection des

données du CHU en mars 2021. Un questionnaire avait été complété sur l'intranet du CHU afin d'informer sur les objectifs de la présente étude et sur la garantie de l'anonymisation des données.

Les informations pertinentes du compte rendu étaient relevées puis retranscrites anonymement dans un fichier Excel® afin d'obtenir un aperçu des caractéristiques de la population se rendant à cette consultation (lieux et modes de vie, présence d'aidants, prises en charge en cours, fréquence, nature et gravité des difficultés de déglutition...). Nous avons établi une grille dans Excel® pour rassembler l'ensemble des données qui nous ont semblé pertinentes pour notre étude. (cf. *Annexe n°1 : Grille de recueil de données de 200 patients ayant consulté entre mai 2021 et octobre 2022 à la consultation de « Voix et Déglutition » du CHU de Lille*)

#### **4.2. Recueil des données qualitatives**

Nous avons établi un questionnaire afin de recueillir le ressenti des patients et leur opinion sur le déroulé de cette consultation (cf. *Annexe n°3 : Questionnaire Ressenti Patients Consultation ORL CHU de Lille*). Ces questionnaires d'entretien semi-dirigé ont été proposés à vingt patients à l'issue de leur consultation, entre fin janvier 2023 et mars 2023. Les entretiens étaient individuels et avaient lieu dans le bureau de l'orthophoniste. Certains accompagnants pouvaient y assister et y participer.

La trame de ce questionnaire, totalement anonyme, a été construite sous la forme d'une échelle de Likert afin de recueillir leur avis. L'échelle de Likert nous a paru un outil adéquat pour recueillir la satisfaction des patients. En choisissant l'une des réponses présentées, les personnes interrogées expriment leur degré d'accord ou de désaccord. Dans notre enquête, les patients pouvaient choisir entre 1 = pas d'accord du tout ; 2 = pas d'accord ; 3 = neutre (N) ; 4 = d'accord et 5 = parfaitement d'accord. Nous avons formulé les questions à poser au patient en veillant à proposer des questions ouvertes et des questions fermées afin de s'adapter aux différents types de questions avec lesquelles les patients peuvent être le plus à l'aise. Les questions ouvertes permettant de ne pas limiter les réponses des patients interrogés (Britten, 2006). Les thèmes abordés sont :

- ✓ Les professionnels de santé
- ✓ Les examens médicaux (nasofibroscopie, examens ORL...)
- ✓ Les traitements prescrits et conseils donnés
- ✓ La communication et les relations interpersonnelles
- ✓ L'implication des patients dans les décisions concernant leurs soins
- ✓ Le patient en tant qu'individu

A la fin de ce questionnaire, une dernière demande était faite au patient : « *Si vous aviez une suggestion d'amélioration à donner, quelle serait-elle ?* »

L'ensemble de ces questions a servi de base aux entretiens avec les patients. Lorsque cela s'y prêtait, d'autres questions ont été ajoutées afin d'explicitier les pensées du patient ou de le relancer si ses réponses semblaient trop brèves. Les troubles de la déglutition peuvent faire appel à des émotions fortes chez les patients et leur famille. Des ressentis d'angoisse et d'anxiété peuvent être générés par ces troubles. L'équipe soignante doit en avoir conscience et connaissance afin d'accompagner au mieux le patient et ses proches. C'est pour cette raison que nous avons proposé ce questionnaire afin d'essayer de comprendre le ressenti des malades.

#### **4.3. Difficultés rencontrées**

Le travail de collecte des données a été réalisé à partir de l'outil Sillage®. Pour chaque consultation, nous relevions le nom et la date de naissance des patients ayant consulté cet après-midi-là. Nous pouvions ainsi avoir accès à leur dossier. Il fallait ensuite rechercher les courriers ORL

rédigés suite à la consultation. Pour les patients ayant déjà consulté ou étant suivi dans le service ORL, il était intéressant de lire plusieurs comptes rendus afin de comprendre l'historique du suivi du patient. Nous relevions ensuite les informations qui nous semblaient utiles afin de remplir la grille précédemment présentée. Cela pouvait être chronophage pour certains dossiers. Pour certains patients, les recherches n'aboutissaient pas, notamment lorsque le patient ne s'était pas rendu à la consultation.

#### **4.4. Limites des entretiens**

Nous avons bien conscience que les réponses au questionnaire proposé aux vingt patients rencontrés ne sont pas un support suffisant pour connaître le véritable ressenti des personnes y ayant répondu. Par ailleurs, cet entretien semi-dirigé demeure une situation d'échange entre des personnes étrangères l'une à l'autre. La méthode du questionnaire peut donner, au patient, le sentiment d'être évalué et jugé. Dans notre étude, le patient était en position « basse » tandis que nous étions en position « haute » en tant que personne interrogeant. Par ailleurs, nous portions une blouse blanche et étions assises au bureau de l'orthophoniste du service. Ces paramètres peuvent accentuer la distance lors de l'entretien et ont pu freiner certains patients à exprimer vraiment leurs ressentis. Néanmoins, nous pensons que le format de l'échelle de Likert ainsi que les questions ouvertes ont pu assurer un minimum de subjectivité dans notre part d'interprétation des réponses.

## Résultats

### 1. Résultats de l'analyse quantitative des 200 dossiers de patients

Nous proposons de détailler, dans cette partie, les informations que nous avons pu relever dans les comptes rendus analysés, nous permettant ainsi de dresser une cartographie des profils des patients de la consultation de « Voix et Déglutition ».

#### 1.1. Profil des patients

- ✓ Age moyen : 60 ans ;
- ✓ Sexe ratio de 1 :1 ;
- ✓ 39 patients étaient accompagnés (d'un proche ou d'un soignant) a minima, selon les informations relevées dans les comptes rendus mais nous avons observé que les patients sont accompagnés dans la majorité des cas ;
- ✓ 20,5 km : distance moyenne parcourue du domicile des patients jusqu'au CHU (cf. Tableau 1)

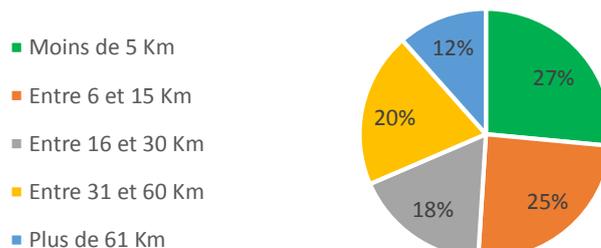


Tableau 1 : Distance parcourue du domicile du patient jusqu'au CHU de Lille

#### 1.2. Pathologies des patients

- ✓ 16 patients bénéficiaient d'une nutrition entérale ;
- ✓ 29 patients ont consulté pour une dysphonie avec ou sans symptômes de dysphagie.

Les patients présentaient un grand nombre de pathologies diverses, répertoriées dans le tableau ci-dessous (cf. Tableau 2).

Pathologies	Nb de patients
Tumeur (carcinome épidermoïde le plus fréquemment)	35
Sans antécédents évidents, dysphagie ou dysphonie paradoxale	22
AVC	22
Syndrome parkinsonien	15
Myopathies	12
RGO / Trouble de la mobilité oesophagienne	11
Maladies neuroévolutives	9
Traumatisme Crânien	7
Atrophie Multi Systématisée	7
Thyroïdectomie / Nodule thyroïdien	5
Anastomose/Atrésie de l'œsophage/Sténose	5
Dystrophie Musculaire Oculopharyngée	5
Encéphalopathie	5
Immobilité laryngée, Dyplégie laryngée	4
Tabagisme / Ethylisme actif ou passif	4
Ataxie spino cérébelleuse	3
Post réanimation/ Post intubation	3
Paralysie Cérébrale spastique / IMC	3
Pneumopathies	3
Autres	20
<b>Total</b>	<b>200</b>

Tableau 2 : Nombre de patients par pathologie rencontrée

### 1.3. Suivis et parcours de soin des patients

- ✓ 89 patients étaient suivis au CHR de Lille (Huriez, Salengro, Swyghedeauw, Jeanne de Flandre...);
- ✓ 15 patients étaient suivis dans le service ORL à l'Hôpital Claude Huriez ;
- ✓ 68 patients ont déjà été vus lors de cette consultation de « Voix et Déglutition » ;
- ✓ Pour 38 patients, une chirurgie ORL était indiquée à l'issue de la consultation ;
- ✓ 12 patients ont été adressés par les médecins et professeurs neurologues du service de Neurologie de l'Hôpital Roger Salengro ;
- ✓ 7 patients ont fait l'objet d'une demande de suivi neurologique en vue de confirmer certaines hypothèses de pathologie neurologique (seulement 4 semblent avoir été suivis en neurologie suite à la consultation de « Voix et Déglutition ») ;
- ✓ Pour 23 patients, l'examen ORL a révélé une dysphonie (voix bitonale, mouillée, éraillée, rauque, soufflée, d'intensité modérée...).

### 1.4. Symptômes les plus fréquemment rencontrés

Lors de la consultation et notamment suite à la nasofibroscopie, les principaux symptômes observés chez les patients et relevés dans les comptes rendus sont décrits dans le tableau 3.

Symptômes au niveau du temps oral	Symptômes au niveau du temps laryngo-pharyngé :
Tonus facial affaibli	Stases hypopharyngées, dans les sinus piriformes
Etat bucco-dentaire altéré	Nécessité d'une deuxième déglutition pour une bonne vidange
Stases au niveau buccal	Mobilité laryngée affaiblie
Stéréotypies motrices buccales à type de mâchonnements	Musculature pharyngée peu active
Défaut de sensibilité au niveau buccal	Retard à l'initiation pharyngée
Salive épaisse, sécheresse buccale	Mouvements anarchiques pharyngo-laryngés
Effort long d'imprégnation salivaire et de mastication	Encombrement pharyngé
Incontinence labiale, défaut d'occlusion labiale	Baisse de la sensibilité pharyngée
Fasciculations linguales	Hypersensibilité ou hyposensibilité laryngée
Amyotrophie linguale	Défaut de propulsion pharyngée, défaut de vidange pharyngée
Macroglossie	Nécessité de plusieurs manœuvres de déglutition ou déglutition forcée
Hypotonie linguale, trouble des praxies linguales, langue peu orientable	
Hypotonie du voile	
Absence ou diminution du réflexe nauséeux	

Tableau 3 : Symptômes les plus fréquemment rencontrés

### 1.5. Critères de sévérité

Dans la littérature, les auteurs considèrent certains symptômes et manifestations comme des signes de sévérité du trouble de déglutition : l'hyperthermie, la perte de poids, la fatigue et l'altération de l'état général ainsi que l'encombrement et les infections pulmonaires. Lors de la lecture des comptes rendus, nous avons retrouvé trois de ces critères de sévérité :

- ✓ 51 patients souffraient d'une dysphagie entraînant une perte pondérale
- ✓ 34 patients indiquaient des temps de repas allongés ;
- ✓ 16 patients souffraient ou ont souffert d'épisodes d'encombrements bronchiques/pneumopathies.

### 1.6. Place de l'orthophonie dans le suivi des patients

- ✓ 64 patients ont bénéficié ou bénéficient d'une rééducation orthophonique ;
- ✓ 69 patients ont reçu une indication de suivi orthophonique ;
- ✓ 5 patients ont été adressés par leur orthophoniste.

Une prise en charge a été entreprise en cas d'atteinte des deux premiers temps de la déglutition, l'orthophoniste ne pouvant agir que sur le temps buccal et le temps pharyngé. Les indications écrites

par le médecin ORL du CHU de Lille, dans les courriers prescrivant une prise en charge orthophonique concernaient les points suivants :

- ✓ Apprentissage des postures facilitatrices et sécurisantes : postures de protection laryngée, manœuvres sus-glottiques et manœuvres favorisant la propulsion pharyngée, manœuvre de Mendelsohn pour favoriser la persistance de l'ouverture du SSO ;
- ✓ Rééducation au niveau musculaire : travail de la propulsion linguale, stimulation du pharynx et travail de la musculature pharyngée de la base de langue afin de favoriser la propulsion pharyngée, exercices de décontraction cervicale ;
- ✓ Travail des praxies bucco-pharyngées ;
- ✓ Stimulations orales
- ✓ Travail sur les textures (par exemple, privilégier les liquides froids, pétillants, sucrés car stimulent le réflexe de déglutition)
- ✓ Prise en charge LSVT dans le cadre des maladies de Parkinson ;
- ✓ Rééducation vocale.

Les pathologies pour lesquelles le médecin ORL a demandé une rééducation orthophonique étaient les suivantes : (cf. Tableau 4)

Pathologies	Nombre de patients
Tumeur	14
AVC	12
Syndrome parkinsonien	7
Myopathies	8
Sans antécédents évidents : dysphagie ou dysphonie paradoxale	5
Traumatisme Crânien	4
Post Réanimation/ Post intubation	3
Maladies neuroévolutives	3
RGO / Trouble de la mobilité oesophagienne	
Anastomose/Atrésie de l'œsophage/Sténose	2
Paralysie Cérébrale spastique / IMC	2
Thyroïdectomie / Nodule thyroïdien	1
Encéphalopathie	1
Sclérose en plaques	1
Ataxie spino cérébelleuse	1
Autres	5
<b>Total</b>	<b>69</b>

Tableau 4 : Pathologies pour lesquelles une rééducation orthophonique a été demandée

### 1.7. Préconisations transmises par l'ORL

En fin de compte rendu, des recommandations étaient données par l'ORL. Les conseils les plus fréquemment donnés portaient sur les manœuvres, les postures et les textures à adapter.

**Au niveau des postures**, les préconisations étaient :

- ✓ Positionnement de la tête en antéflexion, flexion de la tête sur le sternum afin de verrouiller le larynx ;
- ✓ Rotation : tourner la tête du côté lésé ;
- ✓ Inclinaison : amener l'oreille vers l'épaule du côté sain.

**Au niveau des comportements à adopter**, les préconisations étaient :

- ✓ Veiller à avoir une bonne position assise ;
- ✓ Veiller à ce que l'environnement soit calme, limiter les distracteurs, éviter de parler en mangeant, être concentré lors des prises alimentaires notamment s'il existe un trouble de la sensibilité (fréquent dans le cas d'une presbyphagie) ;

- ✓ Veiller à l'hygiène buccodentaire ;
- ✓ Introduction de compléments alimentaires ou nutrition entérale si la perte de poids se poursuit.

**Au niveau des manœuvres et des outils**, les préconisations portaient sur :

- ✓ Les manœuvres de protection laryngée : la déglutition supra-glottique ;
- ✓ Les manœuvres de vidange pharyngée : la déglutition d'effort, la manœuvre de Mendelsohn, la double déglutition ;
- ✓ Utilisation d'un verre tronqué afin d'éviter le risque de fausse-route dû à un retard de l'initiation du temps pharyngé ;
- ✓ Penser à régulièrement avaler sa salive ;
- ✓ Hydratation régulière pour faciliter la propulsion ;
- ✓ Fractionner les repas.

**Au niveau des textures**, les conseils étaient :

- ✓ Privilégier des textures pâteuses en cas de retard du réflexe de déglutition ;
- ✓ Privilégier des textures mixées ou hachées avec des petits morceaux liés avec de la sauce en cas de défaut d'insalivation et de retard de l'initiation du temps pharyngé ;
- ✓ Privilégier l'eau gazeuse et fraîche et/ou légèrement sucrée qui favorise la stimulation du réflexe de déglutition pour éviter les fausses routes ;
- ✓ Eviter les aliments oro-dispersibles ou bien les enrober de sauce ;
- ✓ Proposer de l'eau gélifiée ou épaissie notamment, en cas de séquelles de la radiothérapie, par exemple, avec une mobilité du larynx diminuée ;
- ✓ Enrichir en sauce les aliments pour en faciliter le passage ;
- ✓ Bien s'hydrater pour éviter les sensations de prurit en cas de lésion de la muqueuse ;
- ✓ Bien boire entre chaque bouchée et au début des repas pour limiter les sensations de sécheresse qui favorisent l'accrochage alimentaire.

## 2. Recueil des données qualitatives

Nous analyserons les informations que nos différents entretiens nous ont permis de relever.

### 2.1. Recueil d'opinions des patients

Ce recueil de réponses des patients a mis en évidence une satisfaction globale sur les différents aspects évalués : (cf. Tableau 5)

Thématiques abordées	Note moyenne obtenue sur 5
<b>Professionnels de santé</b>	
Les professionnels de santé sont compétents lors de l'exécution des examens et de votre prise en charge.	4,9
Dans l'ensemble, vous êtes satisfait des soins prodigués par les professionnels de santé.	4,8
Le professionnalisme du personnel médical vous met en confiance.	5
<b>Examens médicaux (nasofibroscopie, examens ORL...)</b>	
Les objectifs de ces examens complémentaires vous ont été expliqués.	4
Les résultats de ces examens vous ont été expliqués.	5
Ces examens se sont déroulés dans un climat serein.	5
<b>Traitements prescrits et Conseils donnés</b>	
Etes-vous satisfait des explications qui vous ont été données sur les traitements prescrits ?	4,7
Si une prise en soin orthophonique vous a été recommandée, êtes-vous satisfait de l'explication que l'on vous en a donné ?	5
<b>Information / Communication/ Relations interpersonnelles</b>	
Les professionnels de santé se sont présentés à vous au début de la consultation.	4,15
Le déroulement de la consultation vous a été expliqué avant de commencer.	4

Vous avez eu le sentiment d'avoir été écouté et que le personnel médical a montré de l'intérêt pour vos questions.	5
Le personnel médical vous a donné des explications claires au sujet de votre état de santé.	4,9
Vous avez eu le sentiment d'avoir été traité avec respect et courtoisie.	5
Vous avez eu le sentiment que vos douleurs ont été prises en compte.	4,9
Implication des patients dans les décisions concernant leurs soins	
Dans l'ensemble, vous êtes satisfait de votre implication dans les décisions concernant vos soins.	4,7
<b>Le patient en tant qu'individu</b>	
Vous avez eu le sentiment que la confidentialité et le secret professionnel ont été respectés.	5

*Tableau 5 : Recueil d'opinions des patients*

Voici quelques exemples de propos et remarques tenus par les patients interrogés :

- ✓ « Les professionnels ont été très compétents et humains. »
- ✓ « Je n'ai pas reçu de regard de pitié et ça c'est très bien. »
- ✓ « Je suis satisfaite de la consultation même si le médecin n'a pu répondre à toutes mes questions. Par contre, l'attente est trop longue ! »
- ✓ « La prise en charge de la personne est tout à fait adaptée. »

## 2.2. Recueil d'opinions de l'orthophoniste du service ORL

L'orthophoniste du service ORL du CHU de Lille a été à l'initiative de cette consultation en 2005 avec le chirurgien ORL, responsable du service. L'objectif était de proposer une approche pluridisciplinaire afin de pouvoir poser un diagnostic précis et des conseils adaptés au profil du patient. L'orthophoniste avait alors un rôle essentiel puisque c'était le professionnel de santé le plus expert dans les troubles de la déglutition. L'orthophoniste, en concertation avec le médecin ORL proposait un diagnostic et informait le patient sur son état de santé. Elle proposait, en accord avec le médecin ORL, les traitements et suivis nécessaires.

Depuis quelques années, la formation des médecins internes en ORL a été complétée par une formation en laryngo-phoniatry. Cet enseignement de laryngologie et laryngo-phoniatry est proposé lors de la formation initiale des médecins ORL qui reçoivent dorénavant un enseignement plus approfondi sur les méthodes d'évaluation, les stratégies de prise en charge des troubles liés à la déglutition, la voix et à la parole. Depuis, ils sont plus en mesure de diagnostiquer les troubles de la déglutition ainsi que de proposer des traitements adéquats.

L'orthophoniste a remarqué que depuis quelques années, les patients arrivant en consultation présentent davantage de réels symptômes de dysphagie. Auparavant, certains patients étaient mal orientés et présentaient une déglutition normale. Actuellement, le filtrage semble s'être affiné quant à l'orientation des patients accentuant le rôle d'experts des cliniciens.

## 2.3. Recueil d'opinions des médecins ORL

Deux médecins ORL consultent à tour de rôle les lundis après-midi selon leur disponibilité. Ils estiment que cette consultation multidisciplinaire est d'un grand intérêt notamment pour la partie rééducative. Avoir le regard de l'orthophoniste complète leurs conseils en tant que médecin ORL. Les orthophonistes ont une approche plus analytique, selon eux. Les expertises des professionnels de santé se complètent. Les médecins ORL considèrent, comme Langmore (2017), que la présence de ces deux disciplines est d'un grand intérêt pour le patient. Par ailleurs, des étudiants (internes en médecine, stagiaires orthophonistes) sont fréquemment présents, ce qui donne une approche universitaire à cette consultation et la rend doublement utile : pour les patients et pour les étudiants.

Depuis quelques années, cette consultation n'est plus mensuelle mais hebdomadaire. Le nombre de patients a pu être développé et les délais raccourcis, permettant ainsi de voir des patients en urgence, notamment lorsque les services de neurologie de l'hôpital ont besoin d'un avis expert pour des patients en post AVC ou post traumatisme crânien.

Les médecins ORL estiment qu'être deux professionnels ORL en charge de cette consultation est également un atout car cela assure une continuité dans le suivi. Ces deux médecins sont devenus experts et peuvent donc proposer une consultation seniorisée. Cela permet une complémentarité dans le diagnostic et le suivi lorsque le patient est revu par l'autre médecin ORL. Avoir deux regards et deux expertises est une force et un gage de qualité. Par ailleurs, cette consultation pouvant être fastidieuse, le fait d'être deux médecins est un avantage et permet d'éviter toute lassitude.

Concernant les améliorations possibles, ils estiment qu'il serait d'un grand intérêt, pour certains patients, de pouvoir proposer des examens complémentaires pour explorer la phase œsophagienne (manométrie du sphincter supérieur de l'œsophage, vidéoradioscopie pour avoir plus d'images par secondes). Pour ce qui est de la phase pharyngée, la nasofibroskopie est souvent suffisante et donne un bon aperçu des structures anatomiques au repos et en mouvement, de leur coordination, et permet de vérifier le bon fonctionnement des mécanismes de protection des voies aériennes. Concernant les outils, il serait utile d'avoir d'autres ustensiles plus adaptés pour les essais de déglutition comme des verres échancrés, des cuillères à manche long. Avoir une salle plus vaste à disposition serait un aménagement utile, également. Actuellement, la salle de consultation étant étroite, il n'est pas aisé de recevoir des patients en brancard. Or cela arrive fréquemment.

Nous leur avons demandé comment ils déterminaient l'ordre dans lequel proposer les textures. Ils appliquent l'ordre recommandé par V. Woisard (2006) c'est-à-dire d'abord les consistances fluides puis l'eau. Ils estiment que la compote est une bonne texture pour commencer les essais. C'est un bon intermédiaire entre les différentes textures et donc moins à risque pour le patient. Si la compote a été correctement déglutie sans trop d'efforts, sans stases, l'ORL peut aviser et proposer d'autres textures. Par ailleurs, concernant les textures et les moyens d'épaissir les liquides, le médecin ORL estime qu'il serait utile d'élaborer une grille d'information sur les quantités d'épaississant à utiliser pour chaque type de liquide. Cette grille serait utile pour les professionnels de santé mais également pour les patients et leurs aidants.

#### **2.4. Recueil d'opinions du cadre de santé du service**

Le cadre de santé du service ORL estime que l'une des problématiques, quant à l'avenir de cette consultation, est le remplacement de l'orthophoniste du service, qui prendra sa retraite d'ici deux ans. Il ne sera sans doute pas aisé de trouver un orthophoniste pour la remplacer à ce poste et avec autant d'expertise.

Le cadre de santé souligne également que le fait que les patients viennent d'aussi loin pour avoir un avis médical doit conduire à s'interroger sur la formation et l'expertise des ORL de ville. Sont-ils suffisamment formés pour diagnostiquer des troubles de déglutition complexes ? Ont-ils la possibilité de faire des tests alimentaires sous nasofibroskopie ? Concernant les améliorations possibles, le cadre de santé envisage d'aménager un salon d'attente permettant ainsi de recevoir les patients sur une plus longue durée.

## Discussion

### 1. Remarques suite aux données de la littérature

Lors de cette analyse de la littérature sur le bilan déglutition, nous avons noté des divergences dans les recommandations de bonnes pratiques ainsi que dans les modalités d'évaluation selon les structures et les centres hospitaliers. Effectivement, les examens fonctionnels pratiqués ne sont pas toujours les mêmes. Les recommandations de bonnes pratiques sur les textures utilisées lors des essais alimentaires ne concordent pas. Certains conseillent de proposer en premier des textures relativement fluides, puis de l'eau pétillante fraîche. Le service ORL du CHU de Lille suit ces recommandations. D'autres préconisent les essais à l'eau plate à température ambiante (ANAES, 2002). Guatterie et Lozano (2005) préconisent également le test à l'eau car elle représente la consistance la plus fluide et la plus neutre en termes d'information sensorielle. Or, pour d'autres auteurs, l'eau est la substance la plus complexe à déglutir car elle s'écoule rapidement et exige une rapidité de déclenchement du réflexe de protection des voies aériennes. Elle ne doit donc pas être proposée en première intention. Par ailleurs, le volume d'eau idéal à proposer en essai de déglutition n'a été validé dans aucun protocole.

Concernant les pratiques constatées dans d'autres centres hospitaliers, nous retenons que les CHU de Brest et de Bordeaux utilisent des grilles d'évaluation permettant de garder une trace écrite des observations facilitant, par la suite, la prise en soin.

Nous avons remarqué également que le temps du bilan varie d'un établissement à l'autre selon le nombre d'intervenants examinant le patient, selon le type d'examens utilisés pour évaluer la déglutition fonctionnelle. Au CHU de Lille, le patient est vu pendant une vingtaine de minutes. Ce temps de consultation est variable d'un patient à l'autre selon sa pathologie et ses besoins.

### 2. Conformité du déroulement de la consultation de « Voix et Déglutition »

Suite à nos observations et à nos lectures, nous reconnaissons que la consultation proposée au CHU de Lille suit les recommandations de bonnes pratiques françaises et internationales :

- ✓ Les différentes étapes de l'évaluation de la déglutition recommandées par les experts sont respectées : anamnèse et recueil de la plainte lors d'un interrogatoire du patient et/ou du soignant suivi d'un examen clinique complet et de tests de déglutition.
- ✓ Lors de l'examen clinique, le médecin ORL évalue les praxies linguales ainsi que la sensibilité endo-buccale à l'aide d'un abaisse-langue. Cependant la sensibilité au goût et à la température n'est pas évaluée (cf. Recommandations de la ESSD citées précédemment). La fermeture laryngée est évaluée lors de l'examen au fibroscope en demandant au patient de réaliser un « i » ou un « a » tenu.
- ✓ L'examen fonctionnel utilisé est généralement la nasofibroscopie. Depuis 2006, cet examen est pratiqué de manière quasi systématique lors de la consultation. Effectivement, les professionnels de santé collaborant à cette consultation ont estimé que c'était un examen essentiel pour avoir un aperçu le plus écologique possible des mécanismes de déglutition du patient. Selon Pariente (2011), la nasofibroscopie est un examen qui doit être systématiquement réalisé par le médecin ORL et peut être complété, si nécessité, par un examen de radiocinéma. Mais l'accès à cet examen n'est pas toujours facile, au CHU de Lille.
- ✓ Suite à l'examen clinique et à l'examen fonctionnel, le médecin ORL et l'orthophoniste établissent un diagnostic et expliquent, dans la mesure du possible l'origine des troubles aux patients et aux accompagnants. Ces derniers estiment avoir le temps de poser leurs questions et repartent avec des réponses qui les satisfont.

- ✓ Lors des entretiens avec les patients, nous leur avons demandé s'ils estimaient avoir été traités avec respect et courtoisie. Tous ont répondu par l'affirmative à cette question. Du point de vue déontologique, la consultation répond donc aux exigences des instances de santé.
- ✓ L'ANAES (2000) recommande que le déroulement de la consultation et des examens soit décrit au patient en expliquant leur objectif et leur utilité. Dans l'ensemble, les patients ont répondu avoir été informés du déroulement de la consultation et des investigations auxquelles les professionnels de santé allaient procéder lors de la consultation.

### 3. Conformité des comptes rendus écrits avec les recommandations

L'information est un élément central dans la relation thérapeutique. C'est pourquoi, il nous a semblé essentiel d'analyser les documents à destination du patient et de recueillir leur ressenti sur l'information qui leur a été transmise lors de la consultation. Suite à notre analyse des comptes rendus rédigés par le médecin ORL en concertation avec l'orthophoniste, nous estimons qu'ils suivent les recommandations de bonnes pratiques retrouvées dans la littérature française et internationale. Ci-après, nous détaillerons les points sur lesquels les bonnes pratiques sont respectées et ce sur lesquels nous suggérons quelques adaptations.

- ✓ Conformément aux recommandations publiées par l'ANAES en 2000, nous estimons que les comptes rendus sont compréhensibles par toute personne n'exerçant pas dans le milieu médical, que les rédacteurs de l'information sont identifiables tout comme la date à laquelle celui-ci a été établi.
- ✓ Les comptes rendus sont envoyés au patient, ce qui répond également aux indications de l'ANAES (2000).
- ✓ Les conseils donnés aux patients sont détaillés : conseils sur les postures à adopter, sur les textures et températures à adapter, outils à utiliser préférentiellement, etc. Lors d'une indication de suivi en orthophonie, le courrier du médecin ORL mentionne les points à travailler lors de la prise en soin. Il n'existe cependant pas de fiches récapitulatives et personnalisées par patient. L'ANAES (2000) estime qu'il « *est souhaitable dans une étape ultérieure de rédiger des fiches d'information* ». Lorsque des suggestions d'adaptations et des recommandations ont été données, nous suggérons que des fiches récapitulatives soient jointes au compte rendu afin que le patient ait une trace écrite de ce qui lui a été conseillé. En annexe, nous proposons un exemple de brochure de conseils (cf. Annexe n°6).

### 4. Conformité de la communication orale faite aux patients avec les recommandations de bonnes pratiques

Une bonne communication est une condition sine qua non dans la relation thérapeutique et est un gage de la qualité des soins. Il nous a paru intéressant de recueillir le point de vue des patients sur la qualité de l'alliance thérapeutique créée lors de la consultation. Les patients rencontrés lors de cette consultation ont bien souvent un parcours de santé lourd. Il est donc essentiel qu'ils se sentent écoutés et suivis avec professionnalisme et respect.

- ✓ Selon l'ANAES (2000), au cours du bilan, le médecin doit s'assurer que « *le patient a compris l'information qui lui a été donnée.* » Nous avons pu noter que pour chaque patient, le médecin ORL et l'orthophoniste s'assurent de la bonne compréhension de ce qui a été expliqué et du diagnostic posé. Le médecin ORL demande systématiquement au patient s'il a encore des questions.
- ✓ L'ANAES recommande que l'information dispensée au patient soit pertinente et de qualité en tenant compte de ses propres besoins et du respect dû à sa personne. « *L'information donnée par le médecin au patient est destinée à l'éclairer sur son état de santé, à lui décrire la nature et le*

*déroulement des soins et à lui fournir les éléments lui permettant de prendre des décisions en connaissance de cause [...] ».* Lors de nos entretiens avec les patients, tous ont répondu avoir été satisfaits des informations reçues et estiment avoir eu réponse à toutes leurs questions.

- ✓ L'ANAES indique que les professionnels de santé doivent veiller à « *créer un climat d'écoute active et bienveillante pour faciliter l'expression par le patient de ses questions, de ses préoccupations [...]* ». Lors des entretiens, le ressenti des patients nous a semblé positif quant au dialogue instauré avec les professionnels de santé.

## **5. Intérêt de cette consultation conjointe**

Nous citons les points forts de cette consultation ci-après ainsi que les critères qui laissent penser qu'elle présente un grand intérêt pour les patients.

- ✓ **Distance parcourue du domicile des patients jusqu'au CHU de Lille :**

Ce critère nous a semblé intéressant et témoigne de la renommée de la consultation. Les patients parcourent en moyenne 20km pour rencontrer les professionnels de santé du service ORL du CHU de Lille. Certains patients sont envoyés par des confrères d'autres services du CHU mais la plupart des patients sont orientés par leur médecin traitant. La consultation de « Voix et Déglutition » semble tout à fait connue et reconnue par les pairs.

- ✓ **Remarques des médecins ORL sur l'intérêt de collaborer avec l'orthophoniste :**

Les médecins ORL interrogés estiment que cette consultation est très riche car elle allie les compétences complémentaires des deux professions. Cette prise en soin multidisciplinaire permet une approche globale et complète. L'orthophoniste aide le médecin ORL à proposer des stratégies d'adaptation concernant les textures/consistances, les postures, les manœuvres de déglutition à privilégier. Les comptes rendus étant très détaillés cela permet aux orthophonistes en libéral qui suivent le patient de mieux définir et adapter les axes de leur rééducation.

- ✓ **Remarques de l'orthophoniste sur l'intérêt de collaborer avec les médecins ORL :**

L'expertise des médecins ORL complète celle de l'orthophoniste. L'examen de nasofibroscopie auquel sont formés les médecins ORL est, comme nous l'avons précédemment souligné, d'un grand intérêt pour avoir des informations sur les différents temps de la déglutition et pour connaître les étapes pouvant être à l'origine du trouble du patient. Par ailleurs, depuis que les médecins ORL sont formés en phoniatry et déglutition lors de leur cursus universitaire, ils sont mieux informés sur le rôle de l'orthophonie et savent donc mieux quand un patient doit être orienté vers un orthophoniste. Les prescriptions de rééducation orthophonique sont plus ciblées.

## **6. Suggestions d'amélioration pour les patients et les aidants**

### **6.1. Elaboration de fiches conseils**

L'analyse des données des patients nous a permis d'avoir connaissance des symptômes les plus fréquemment rencontrés lors de cette consultation de « Voix et Déglutition ». Nous pensons qu'il serait utile d'élaborer une fiche récapitulative des postures et adaptations à mettre en place. Ce document à visée informative pourrait être à destination des patients ainsi que de leur entourage. Formaliser à l'écrit les conseils et suggestions donne la possibilité aux patients de les relire s'ils en sentent le besoin. Ce type de fiches, à visée didactique, peuvent être illustrées avec des schémas, des photos, des tableaux récapitulatifs facilitant la compréhension et l'assimilation des conseils donnés. Nous avons élaboré un fascicule type qui pourra être adapté et donné aux patients à la fin de la consultation. Nous y donnons des indications sur les adaptations à apporter sur l'environnement, les postures et les textures. Nous y proposons des références d'ouvrages et de sites Internet fournissant des conseils utiles pour le patient et son entourage afin de les rassurer et de les aider dans leur quotidien (cf. Annexe n°6).

## 6.2. Faire référence à la grille internationale IDDSI

La Société Française de Déglutition et de Dysphagie (SF2D) recommande d'indiquer au patient le type d'alimentation le plus adapté à ses capacités de déglutition et de mastication et de suivre la classification internationale standardisée IDSSI (cf. Annexe n°5). Selon le groupe de pilotage constitué de médecins et diététiciens de l'Association Française des Diététiciens Nutritionnistes (AFDN) et de la Société Francophone de Nutrition Clinique et Métabolisme (SFNCM), « *il est recommandé que les adaptations de textures soient établies selon les recommandations internationales de l'IDSSI* ». Or les comptes rendus envoyés au médecin prescripteur et au patient ne font pas référence à cette classification internationale. Il pourrait être utile de l'utiliser afin de se référer à une terminologie commune. La classification étant très détaillée et des exemples étant donnés, le patient ou l'aidant pourrait s'y référer pour savoir comment cuisiner les repas de façon adaptée. Nous avons pu lire qu'au CHU de Bordeaux, lors de la consultation de déglutition conjointe entre ORL et orthophoniste, le diagramme IDSSI est utilisé afin d'éviter toute confusion entre les professionnels de santé sur les termes employés (Adam, 2021). Au cours des essais alimentaires réalisés dans ce service hospitalier, il est proposé du fromage blanc (IDSSI 4) et/ou de la compote colorée (IDSSI 2). Puis des essais à l'eau plate ou gazeuse colorée (IDSSI 0) et à la madeleine (IDSSI 6) étaient réalisés.

Nous préconisons que lors de la rédaction du compte rendu, la référence à la grille internationale IDSSI soit mentionnée afin d'assurer une meilleure précision du niveau des informations transmises.

## 6.3. Proposer au patient de compléter un questionnaire de qualité de vie

Nous pourrions envisager qu'avant de venir en consultation, le patient remplisse un questionnaire de qualité de vie afin de mieux cerner sa plainte et les désagréments vécus au quotidien. Il a été prouvé qu'utiliser une échelle d'autoévaluation en complément du bilan fonctionnel de la déglutition avait un réel intérêt pour l'évaluation et le diagnostic d'une dysphagie tout comme pour la prise en soin et la rééducation (Paillusseau et al., 2011). Les auteurs ont montré que les échelles d'autoévaluation permettent de recueillir des informations qualitatives tout aussi utiles que les données objectives obtenues lors de l'examen clinique et fonctionnel.

Il existe, notamment, deux échelles d'évaluation dont nous avons parlé précédemment :

- ✓ Le *EAT-10* est un outil de dépistage de la dysphagie en 10 questions (Annexe n°8).
- ✓ Le *Déglutition Handicap Index (DHI de Woisard, Andrieux et Puech, 2006)* (Annexe n°9) est un auto-questionnaire d'évaluation de la qualité de vie des patients présentant une dysphagie. Il a été créé sur le modèle du VHI (Voice Handicap Index) et il permet d'explorer trois domaines : physique, fonctionnel et émotionnel.

Le CHU de Rennes propose le DHI à ses patients lors des consultations de déglutition (Chalvet, 2018).

## 6.4. Remarques et propositions sur les aménagements possibles en vue d'un meilleur confort du patient

- ✓ Dans certains services hospitaliers, notamment au CHU de Bordeaux (Adam, 2021), une anesthésie locale de la fosse nasale est proposée au patient via une pulvérisation de lidocaïne 5%). Au CHU de Lille, les médecins ORL n'ont pas recours à cette pratique qui fausse, d'après eux, les capacités sensibles du patient et anesthésie non seulement les fausses nasales mais également les zones pharyngolaryngées.

- ✓ Selon Langmore (2017), citée par Adam (2021), utiliser un colorant lors de la nasofibroskopie permet de mieux détecter les fausses routes et les pénétrations laryngées. Lors de la consultation de « Voix et Déglutition », l'ORL propose, parfois, de boire des liquides colorés par un sirop vert. Cela pourrait être proposé de manière plus systématique afin de mieux visualiser d'éventuelles fausses routes.
- ✓ Lors des essais de déglutition, les outils utilisés sont une petite cuillère en bois et un verre en carton. Si besoin, l'orthophoniste fabrique, elle-même, des verres tronqués. Nous pensons qu'il serait utile de pouvoir proposer des outils plus adaptés selon le profil des patients. Par ailleurs, les aliments pourraient être proposés selon un mode plus appétissant afin de rendre l'examen plus agréable.
- ✓ Les auteurs de l'ESSD préconisent une auto-alimentation lors des essais alimentaires. Or, nous avons constaté que bien souvent, le patient n'est pas à l'aise et est gêné par le nasofibroscope. Lui demander de tenir la cuillère et de la mettre en bouche peut parfois lui être difficile. Les patients acceptent, alors, volontiers que ce soit l'orthophoniste qui les aide pour cette phase de mise en bouche.

### **6.5. Proposer un suivi par un diététicien**

Dans le cadre de certaines dysphagies, les patients peuvent présenter une perte de poids. Dans notre étude, sur les 200 profils de patients étudiés, 51 souffrent d'une dysphagie entraînant une perte pondérale. Dans ces contextes particuliers de dysphagie associée à une dénutrition, un suivi régulier par un diététicien-nutritionniste pourrait permettre une prise en charge plus adaptée. Effectivement, des repas enrichis peuvent être conseillés afin de réduire les risques de dénutrition et les risques de nutrition artificielle. Nous avons relevé que la consultation de déglutition de certains centres hospitaliers intègre un diététicien. C'est le cas de l'Unité de la voix et de la déglutition du service ORL, de l'Hôpital de Larrey à Toulouse, de l'hospitalisation de jour pluridisciplinaire au CHU de Tours et de la consultation ortho-diététique en ORL de l'Hôpital européen Georges Pompidou à Paris. Le service ORL du CHU de Lille pourrait envisager de proposer aux patients souffrant d'une forte perte de poids de consulter un diététicien de l'hôpital. Le médecin ORL confirme que cela pourrait être une proposition très bénéfique pour certains patients.

### **6.6. Proposer des ateliers d'information et de formation à destination des patients et de leurs aidants**

Les patients souffrant de dysphagie doivent souvent changer l'ensemble de leurs habitudes alimentaires. Il pourrait être intéressant de leur proposer des formations ainsi qu'à leurs aidants afin d'adapter au mieux les recommandations du médecin ORL et de l'orthophoniste à leur mode de vie. Préconiser des séances d'Education Thérapeutique pourrait être un moyen d'aider les patients et leur entourage à modifier leurs habitudes tout en les adaptant à leurs goûts. L'Organisation Mondiale de la Santé définit l'ETP ou éducation thérapeutique du patient comme un processus qui « *vise à aider les patients à acquérir ou maintenir les compétences dont ils ont besoin pour gérer au mieux leur vie avec une maladie chronique* » (OMS, 1996). L'ETP a pour objectif de responsabiliser les patients, de les rendre acteur de leur prise en soin et ainsi d'améliorer eux-mêmes leur qualité de vie.

Ces ateliers de formation auraient pour objectif :

- D'expliquer les mécanismes de la déglutition et les causes des fausses routes et inhalations ainsi que leurs risques ;

- D'expliquer comment mettre en place les adaptations nécessaires ;
- D'éduquer le patient et son entourage en suivant la démarche de l'ETP.

## **7. Suggestions d'amélioration pour le suivi orthophonique du patient**

Comme les données qualitatives de notre étude nous l'ont montré, la plupart des patients dysphagiques sont suivis en orthophonie (un tiers des dossiers de patients étudiés). Quelques patients sont venus accompagnés de leur orthophoniste en libéral (cinq patients parmi ceux suivis dans notre étude). Il pourrait être intéressant de proposer à l'orthophoniste d'assister à la consultation ou de suggérer au patient de filmer l'examen sur son propre téléphone portable afin de pouvoir être en mesure de le partager avec son orthophoniste, s'il le souhaite. Nous estimons qu'il pourrait être utile pour le professionnel de visualiser la nature des difficultés de déglutition de son patient. Les images de la fibroscopie apportent des informations essentielles sur les mécanismes atteints et peuvent permettre de définir des axes de rééducation plus adaptés et des stratégies thérapeutiques plus personnalisées.

Dans cette optique d'informer au mieux les orthophonistes qui suivent les patients, nous proposons d'élaborer une grille d'analyse de l'examen clinique et de l'examen fonctionnel réalisés lors de la consultation. Nous proposons de décrire de manière précise les mécanismes physiopathologiques observés lors des différents tests alimentaires. Sur cette grille (*cf. Annexe n°7*), nous faisons figurer une liste des symptômes observés ainsi que les hypothèses et diagnostics émis par le médecin ORL. Nous détaillons les conseils transmis au patient par l'orthophoniste quant aux adaptations recommandées. Cette synthèse pourra être remise au patient qui, s'il le souhaite, la partagera avec son orthophoniste.

## **8. Limites de notre étude**

- ✓ Les limites quant à nos entretiens avec les patients, évoquées précédemment.
- ✓ Les limites de notre profession d'orthophoniste : pour certaines pathologies rencontrées, l'orthophonie ne peut aider. Seuls des traitements médicamenteux ou la chirurgie peuvent soulager le patient de ses troubles de déglutition. Dans ce type de pathologie, l'orthophoniste peut aider au diagnostic mais un suivi n'est pas utile.
- ✓ Nous avons rédigé un fascicule à visée didactique proposant un récapitulatif des conseils et adaptations à destination des patients et de leurs aidants. Il pourrait être utile, de rédiger des fiches de conseils plus ciblées avec des recommandations plus personnalisées selon la pathologie et les symptômes propres au patient. Il serait intéressant de proposer au patient, à l'issue de la consultation, de repartir avec sa propre fiche. Pour cela, nous pourrions créer en amont plusieurs fiches pour chacune des pathologies les plus représentées à la consultation : une fiche pour les syndromes parkinsoniens, par exemple, une autre pour les maladies neuro-musculaires pour lesquels la rééducation orthophonique est recommandée par l'ANAES pour développer les possibilités de compensation et pour apprendre les postures de sécurité lors de la déglutition. Cette fiche personnalisée serait jointe au compte rendu. Le patient aurait donc en sa possession un support papier qu'il pourrait ensuite partager avec son aidant et avec son orthophoniste.

## **9. Perspective pour la clinique orthophonique**

Le champ de compétences de l'orthophonie couvre la formation et l'éducation sanitaire et thérapeutique. La formation s'intègre donc dans la pratique professionnelle des champs de compétences des orthophonistes. L'orthophoniste intervient dans la formation des professionnels travaillant auprès de patients dysphagiques et auprès de l'entourage afin d'informer sur les risques liés à la dysphagie : pneumopathie d'inhalation, amaigrissement massif etc. Dans ce cadre-là,

l'orthophoniste rappelle les différents signes d'alerte : raclements de gorge, toux réactionnelle, déglutition multiple (Orthomagazine n°86, 2010). Nous avons réalisé, au cours de cette étude, que les troubles de la déglutition sont souvent méconnus, à la fois de la population générale mais aussi des personnels soignants. Nous avons pu nous rendre compte qu'un certain nombre de patients ne trouvant pas d'orthophoniste en libéral pouvant les suivre, ils doivent revenir au CHU pour être suivis par l'orthophoniste du service. Les troubles de la déglutition dans des contextes pathologiques complexes peuvent impressionner et freiner certains professionnels qui ne se sentent pas assez compétents pour assurer leur suivi. Proposer des formations pourrait être intéressant et utile pour ces orthophonistes qui pensent ne pas avoir les connaissances et compétences pour prendre en charge des dysphagies complexes. Ces formations pourraient être proposées au sein d'un service hospitalier ou en libéral.

## Conclusion

L'objectif de notre étude était de procéder à un état des lieux de la consultation de « Voix et Déglutition » du service ORL du CHU de Lille. Grâce à l'analyse de comptes rendus, aux entretiens individuels avec quelques patients et les professionnels de santé impliqués, nous avons pu dresser un portrait de cette consultation. Nous connaissons les forces de cette consultation et nous avons émis quelques suggestions d'amélioration pour répondre au mieux aux recommandations de bonnes pratiques et parfaire les soins apportés aux patients.

Suite à nos différents entretiens, nous avons pu confirmer notre première hypothèse, selon laquelle, la consultation de « Voix et de Déglutition » garantit un diagnostic de qualité et répond aux exigences des grandes instances de Santé en termes de relation thérapeutique. Les patients estiment qu'ils ont été bien reçus et que les examens se sont déroulés avec professionnalisme. Ils se sont sentis en confiance et traités avec respect. Par ailleurs, la lecture des comptes rendus nous a permis de mieux comprendre les profils des patients se présentant à cette consultation et de repérer les pathologies les plus représentées.

A titre personnel, cette étude m'a permis de réaliser qu'il existe une grande variété de pathologies pouvant entraîner des troubles de la déglutition. Assister aux examens fonctionnels était très formateur et m'a permis de comprendre la complexité des mécanismes physiologiques et physiopathologiques de la déglutition. Je remercie pour cela les médecins ORL qui ont pris le temps, à chaque fois, d'expliquer, non seulement aux patients, mais aussi à nous autres étudiants en médecine et en orthophonie. Cette étude m'a également permis de mieux cerner le rôle de l'orthophoniste dans le milieu hospitalier. Les médecins ORL s'appuient sur le regard et sur l'expertise de l'orthophoniste. J'ai pu mesurer la richesse du travail en équipe, du suivi pluridisciplinaire tant pour les patients que pour les professionnels de santé.

J'ai fait remarquer au début de cette étude que la dysphagie avait des conséquences importantes sur la vie familiale et sociale des patients. Effectivement, ils doivent parfois modifier totalement leurs habitudes alimentaires. Proposer des séances d'Education Thérapeutique pourrait être un moyen d'aider les patients et leur entourage à modifier leurs habitudes tout en les adaptant à leurs goûts.

*« Celui qui reçoit ses amis et ne donne aucun soin personnel  
au repas qui leur est préparé n'est pas digne d'avoir des amis. »*

Anthelme Brillat-Savarin

## Bibliographie

- Adam, C., (2021). *Étude observationnelle : mise en place d'une activité de fibroscopie de déglutition dans le cadre d'une consultation conjointe ORL – orthophoniste au sein du service ORL du CHU de Bordeaux*. (Certificat de Capacité d'Orthophoniste de l'Université de Bordeaux, Collège Science de la Santé).
- AFDN (Dufay, S., Fillon, L., Mourier, V., Noah, M., Romand, D., Van Cuyck, P., Verdier, E., Victor, A.), SFNCM (Capelle, J., Joly, L., Martin, F., Pierson, A., Vaillant, MF.), *Accompagner la mise en place des recommandations sur les alimentations standard et thérapeutiques en établissement de santé. Fiche Texture*. <https://www.sraenutrition.fr/blog/guide-de-seance-dactivite-physique-en-distanciel-pour-les-jeunes-en-surpoids/>
- ANAES. (2002). *Prise en charge initiale des patients adultes atteints d'accident vasculaire cérébral – Aspects paramédicaux*.
- ANAES. (2000). *Information des patients, recommandations destinées aux médecins*.
- Aviv, J. E. (2000). *Prospective, randomized outcome study of endoscopy versus modified barium swallow in patients with dysphagia*. The Laryngoscope, 110(4), p. 563-574. <https://doi.org/10.1097/00005537-200004000-00008>
- Benjapornlert, P., Kagaya, H., Shibata, S., Matsuo, K., Inamoto, Y., Kittipanya-Ngam, P., & Saitoh, E. (2020). *The prevalence and findings of fibre-optic endoscopic evaluation of swallowing in hospitalised patients with dysphagia*. Journal of Oral Rehabilitation, 47(8), p.983-988. <https://doi.org/10.1111/joor.13026>
- Bleeckx, D. (2012). *Dysphagie : Évaluation et rééducation des troubles de la déglutition*. Bruxelles : De Boeck.
- Bleeckx, D., Otto, S. (2003). *Les troubles de la déglutition : compétences du kinésithérapeute et réflexions pour une approche pluridisciplinaire*. Kinésithérapie, (20-21), p.70-74.
- Borel, S., Gatignol, P., Tran, T-M., Gros, A. (2022). *Manuel de recherche en orthophonie*. De Boeck.
- Brady, S., & Donzelli, J. (2013). *The Modified Barium Swallow and the Functional Endoscopic Evaluation of Swallowing*. Otolaryngologic Clinics of North America, 46(6), p. 1009-1022. <https://doi.org/10.1016/j.otc.2013.08.001>
- Briand, C. (2014). *La dysphagie en milieu hospitalier gériatrique : importance du partenariat orthophoniste - personnel soignant*. (Certificat de Capacité d'Orthophoniste de l'Université de Paris VI Pierre et Marie Curie, Académie de Paris).
- Brihayé-Arpin, S., Sauvignet, A., Tessier, C. (2005). *Dysphagie, une rééducation à investir*. Orthomagazine, volume n°57, p15- 20
- Britten, N. (2006). *Qualitative interviews*. In C. Pope & N. Mays (Éd.), *Qualitative Research in Health Care* (p. 12 - 20). Oxford, UK: Blackwell Publishing Ltd. <https://doi.org/10.1002/9780470750841.ch2>

- Carnaby, G-D., Crary, M-A. (2014). Development and validation of a cancer: specific swallowing assessment tool: MASA – C. *Support Care Cancer*, 22(3), p.595-602.
- Chalmers, J-M. et al. (2005). The Oral Health Assessment Tool. Validity and reliability. *Aust Dent J.* 50(3), p. 191-199.
- Chalvet, C. (2018). *Etude de validité d'une échelle d'évaluation objective du radiocinéma de déglutition.* (Certificat de Capacité d'Orthophoniste de l'Université de Caen - Normandie).
- Chevillot-Sauger, A. (2018). *La presbyphagie : Les troubles de la déglutition chez la personne âgée.* Héricy : Editions du Puits Fleuri
- Clavé, P., Arreola, V., Romea, M., Medina, L., Palomera, E., Serra-Prat, M. (2008). *Accuracy of the volume viscosity swallow test for clinical screening of oropharyngeal dysphagia and aspiration.* *Clin Nur* 27(6), p. 806-815.
- CLAN Central de l'AP-HP. (2010). *Détection et prise en charge des troubles de la déglutition chez la personne âgée Recommandations de bonnes pratiques.*
- Daniels, S-K., Anderson, J-A, Willson P-C. (2012) *Valid items for screening dysphagia risk in patients with stroke: a systematic review.* *Stroke* 34(5), p.892-897.
- Debsi, F. (2015), *La déglutition et ses troubles, abord masso-kinésithérapeutique*, CH Le Mans.
- DePippo, K-L., Holas, M-A., Reding, M-J. (1992). *Validation of the 3-oz water swallow test for aspiration following stroke.* *Arch Neurol.* Volume 49(12), p. 259–1261.
- Dulguerov, P., Remacle, M. (2009). *Précis d'audiophonologie et de déglutition Tome II Les voies aéro-digestives supérieures.* Marseille: Solal.
- Ekberg, D., Hamdy, S., Woisard, V. et al. (2002). *Social and psychological burden of dysphagia: its impact on diagnosis and treatment.* *Dysphagia*, 17(2), p.139-46.
- El Haimer, B., Ponnelle, I., Briot-Boudou, M. (2017). *Mixé ou entier, le même repas pour toute la famille.* Orthoedition.
- El Sharkawi, A., Ramig, L., Logemann, J-A., Pauloski, B-P., Rademaker, A-W, Smith, C-H., Pawlas, A., Baum, S., Werner, C. (2002), *Swallowing and voice effects of Lee Silverman Voice Treatment (LSVT): a pilot study.* *J Neurol Neurosurg Psychiatry.* 72(1), p. 31-36. doi: 10.1136/jnnp.72.1.31.
- Fargues, N., Guyon, A. (2016). *Le COLP-FR-G-2 : modification et validation multicentrique de l'outil d'évaluation de la déglutition COLP-FR-G.* (Certificat de Capacité d'Orthophoniste de l'Université de Paris VI Pierre et Marie Curie, Académie de Paris).
- Gentil, C., Pêcheur-Peytel, G., Navarro, P., Guilhermet, Y., Krolak-Salmon, P., (2021). *Les troubles de la déglutition chez le patient âgé : les dépister, les évaluer, les prendre en soin.* *Pratique Neurologique – FMC* (12), p.41–50.

Guatterie, M., Lozano, V. (2005). Déglutition-respiration : couple fondamental et paradoxal. *Kinéréa*. (42) :1.

Holland, G., Jayasekeran, V., Pendleton, N., Horan, M., Jones, M., Hamdy, S. (2011) *Prevalence and symptom profiling of oropharyngeal dysphagia in a community dwelling of an elderly population: a self-reporting questionnaire survey*. *Dis Esophagus* (24). P.476–480.

Instruction DGOS/R/2010/201. (2010). Ministère de la santé et des sports.

IDDSI, (2023) classification internationale standardisée IDSSI : <https://iddsi.org/>

Kessler, M. (2015). *Dysphagie oropharyngée : Contribution des méthodes d'exploration fonctionnelle dans la pratique orthophonique*. (Certificat de Capacité d'Orthophoniste de l'Université de Lorraine, Université de Lorraine).

Kopf, I. (2001). *Les troubles de la déglutition chez l'adulte : élaboration de fiches d'information destinées aux familles*. (Certificat de Capacité d'Orthophoniste de l'Université de Lorraine, Université de Lorraine).

Langmore, S. E. (2017). *History of Fiberoptic Endoscopic Evaluation of Swallowing for Evaluation and Management of Pharyngeal Dysphagia: Changes over the Years*. *Dysphagia*, 32(1), p. 27-38. <https://doi.org/10.1007/s00455-016-9775-x>

Lambert, H-C, et al. (2003). McGill Ingestive Skills Assessment (MISA): development and first field test of an evaluation of functional ingestive skills of elderly persons. *Dysphagia*. 18 (2), p. 101-13.

Leder, S. B., & Murray, J. T. (2008). *Fiberoptic Endoscopic Evaluation of Swallowing*. *Physical Medicine and Rehabilitation Clinics of North America*, 19(4), p.787-801. <https://doi.org/10.1016/j.pmr.2008.05.003>

Le Gras, H. (2015). *Elaboration d'un atelier à destination des patients ayant une dysphagie d'origine neurologique et de leur aidant informel pour une formation sur les troubles de la déglutition dans le cadre d'une vie à domicile*. (Certificat de Capacité d'Orthophoniste de l'Université de Poitiers, Université de Poitiers).

Letailleur, M. (2019). *Suivi orthophonique et diététique des patients dysphagiques suite aux traitements d'un cancer ORL : Elaboration et évaluation d'un guide pluriprofessionnel d'accompagnement pour la réhabilitation de l'alimentation per os*. (Certificat de Capacité d'Orthophoniste de l'Université de Lorraine, Université de Lorraine).

Lin, L.C., Wu, S.C., Chen, H.C., Wang, T.G., Chen, M.Y. (2002). *Prevalence of impaired swallowing in institutionalized older people in Taiwan*. *J Am Geriatr Soc* (50) p. 18–23.

Malagelada, J., Bazzoli, F., Boeckxstaens, G., De Looze, D., Fried, M., Kahrilas, P., Lindberg, G., Malfertheiner, P., Salis, G., Sharma, P., Sifrim, D., Vakil, N., LeMair, A., Gonvers, J-J. (2014). *Dysphagie Global Guidelines & Cascades*. World Gastroenterology Organisation Global Guidelines.

Mann, G. (2002). *The Mann Assessment of Swallowing Ability*. New York : Singular/Thomson Learning.

- Marmouset, F. (2014). Hospitalisation de jour pluridisciplinaire en déglutition : intérêts et limites. Notre expérience au CHU de Tours. *Rev Laryngol Otol Rhinol.* 135,2. p.87-90.
- Martino, R., et al. (2005). *Dysphagie après un accident vasculaire cérébral.* *Stroke.* 36 (12). p. 2756-63.
- Martino, R., et al. (2009). The Toronto Bedside Swallowing Screening Test (TOR-BSST). *Stroke.* 40(2). P204-12.
- Maurin, N. (1988). *Rééducation de la déglutition et des autres fonctions buccales dans le cadre des dysmorphoses dentaires,* Isbergues : Ortho Edition.
- Michau, H. (2018). *Une démarche qualité en établissement hospitalier : dépistage, diagnostic et prise en charge des troubles de déglutition.* (Certificat de Capacité d'Orthophoniste de l'Université de Rouen Normandie).
- OMS. (1996). *Therapeutic Patient Education – Continuing Education Programmes for Health Care Providers in the field of Chronic Disease.* Rapport de l'OMS-Europe.
- Paillusseau, L., Corthay, D., Tessier, C., Borel, S., Crevier-Buchman, L. (2011). *Echelles fonctionnelles et d'auto-évaluation de la dysphagie.* Laboratoire d'exploration Voix – Parole-Déglutition, Service d'Otolaryngologie et de chirurgie cervico-faciale, Hôpital européen Georges Pompidou, Paris.
- Pariante, A. (2011). *Dysphagie : du symptôme au diagnostic.* EMC Oto Rhino Laryngologie, (514288), p. 1-4.
- Puech, M., Woisard, V., Pessey, J-J. (1997) *Bilan de la déglutition chez l'adulte.* *Glossa,* 59, 24-29.
- Puech, M., Woisard, V. (1998). *Réhabilitation de la déglutition chez l'adulte.* Isbergues : Ortho Edition.
- Puech, M., Woisard-Bassol, V. (2011). *La réhabilitation de la déglutition chez l'adulte. Le point sur la prise en charge fonctionnelle. 2e Edition.* Marseille : Solal.
- Puisieux, F., D'Andrea, C., Baconnier, P., Bui-Dinh, D., Castaings-Pelet, S., Crestani, B. (2009). *Troubles de la déglutition du sujet âgé et pneumopathies en 14 questions/réponses,*
- Raynaud-Simon, A., Delarue, J., Fontaine, E., et al., (2021). *Diagnostic de la dénutrition chez la personne de 70 ans et plus.* Recommandations HAS et FFN. *Revue des Maladies Respiratoires.* Volume 26(6), p. 587-605
- Recommandations. DGSA. (2004). *Bonnes pratiques de soins en EHPAD.*
- Ruglio, V. (2017). *Dysphagies neurogériatriques, oralités et presbyphagie.* Dans *Rééducation orthophonique : Les oralités* (vol. 271, p. 359-383). Paris : Fédération Nationale des Orthophonistes.
- Rysman, B., Bourhis, T., Mouawad, F. (2021). *Prise en charge diagnostique et thérapeutique des troubles de la déglutition.* EMC - Gastro-entérologie, 38(1), p.1-8

Sauger, A.C. (2018). *La presbyphagie : les troubles de la déglutition chez la personne âgée*, Héricy : Editions du Puis Fleuri

Sauvignet, A., Vialatte de Pemille, G., Tessier, C., Simeone, V. (2010). *Déglutition : comment éviter les fausses-routes*. Orthomagazine, volume n° 86, p. 20-24

Schatz, K., Langmore, S. E., & Olson, N. (1991). *Endoscopic and Videofluoroscopic Evaluations of Swallowing and Aspiration*. Annals of Otolaryngology, Rhinology & Laryngology, 100(8), 678-681. <https://doi.org/10.1177/000348949110000815>

Sheppard, JJ., Hochman, R., Baer, C. (2014). *The Dysphagia Disorder Survey: validation of an assessment of swallowing and feeding function in developmental disability*. Res Dev Disabil. 35 (5), p. 929-42.

Société Française de Déglutition et de Dysphagie, <https://www.sf2d.org/>

Société Française de Médecine Physique et de Réadaptation, Société Française de Neuro Vasculaire et Société Française de Gériatrie et Gérontologie. *Orientations des patients atteints d'AVC- Pratiques professionnelles et Recommandations*, 2008.

Sorel, L. (2019). *La prise en charge des troubles de la déglutition des personnes âgées par les internes de médecine générale de la faculté de médecine de Caen*. (Thèse pour l'obtention du grade de docteur en médecine, Faculté de médecine, Université de Caen).

Splaingard M. L., Hutchins B., Sulton L. D. et Chaudhuri G. (1988). *Aspiration in rehabilitation patients : videofluoroscopy versus bedside clinical assessment*. Archives of Physical Medicine and Rehabilitation, 69, p. 637-640.

Speyer, R., Cordier, R., Farneti, D., Nascimento, W., Pilz, W., Verin, E., Walshe, M., Woisard, V. (2022). *White Paper by the European Society for Swallowing Disorders : Screening and Non-instrumental Assessment for Dysphagia in Adults*. Dysphagia, 37, p.333–349

Tastet, S., Guatterie, M., Barat, M. (2005). *Qualité de vie et dysphagie : impact social et familial*. Kinérea, 42, p.27-31.

Tessier, C., Vialatte de Péville, G., Circiu, M., Julien-Laferrière, A., Crevier-Buchman, L., Simeone, V., Leboulanger, C., Hans, S. (2022). *Hôpital de jour des troubles de la déglutition : mise en place, intérêts et avenir ?*. La Lettre d'ORL et de chirurgie cervico-faciale, volume n° 370, p. 23-27.

Trapl, M., et al. (2007). *Dysphagia bedside screening for acute-stroke patients: the Gugging Swallowing Screen*. Stroke. 38, p. 2948-52.

Turley, R., Cohen, S. (2009). *Impact of voice and swallowing problems in the elderly*. Otolaryngol Head Neck Surg (140) p. 33-36.

Vaillant, M-F., Alligier, M., Baclet, N., Capelle, J., Dousseaux, M-P. et al. (2019) *Recommandations sur les alimentations standard et thérapeutiques chez l'adulte en établissements de santé*. Nutrition Clinique et Métabolisme, 10.1016/j.nupar.2019.09.002. hal-02363583

Vergis, E-N., et al. (2001). *Pneumonia in long-term care : a prospective case-control study of risk factors and impact on survival*. Arch Intern Med,161, p.2378-81

Vidberg, E., Verchere, E. (2017). *Prise en soin orthophonique du patient dysphagique suite à un cancer bucco-pharyngo-laryngé*, Isbergues : OrthoEdition

Woisard, V., Andrieux, M.P., et Puech, M. (2006). *Validation d'un questionnaire d'autoévaluation du handicap pour les troubles de la déglutition oropharyngée (Deglutition Handicap Index)*. Revue de Laryngologie, Otologie et Rhinologie, 5, p.315-325.

## Liste des annexes :

**Annexe n°1** : Grille de recueil de données de 200 patients ayant consulté entre mai 2021 et octobre 2022 à la consultation de « Voix et Déglutition » du CHU de Lille

**Annexe n°2** : Informations comparées des consultations hospitalières en déglutition des hôpitaux de Larrey à Toulouse, de Tours, Georges Pompidou à Paris, de Nancy-Brabois, de Rennes et de Lille

**Annexe n°3** : Questionnaire Ressenti Patients Consultation ORL CHU de Lille

**Annexe n°4** : Recommandations de bonnes pratiques de l'ESSD

**Annexe n°5** : Diagramme IDDSI

**Annexe n°6** : Fiche de conseils et adaptations à destination du patient et de son aidant (Annexe non publiée)

**Annexe n°7** : Suggestion de grille d'analyse et d'observation de la consultation de « Voix et de Déglutition » pour l'usage de l'orthophoniste (Annexe non publiée)

**Annexe n°8** : Deglutition Handicap Index

**Annexe n°9** : EAT – 10 (Eating Assessment Tool)

