



MÉMOIRE

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

présenté par

Clémentine HAUTEREAU

soutenu publiquement en juin 2025

Prise en soin orthophonique précoce des troubles de la déglutition dans la maladie de Parkinson : état des lieux des connaissances des médecins.

MÉMOIRE dirigé par

Sabine BAYEN, Médecin généraliste, MD, PhD, MCU-MG, Enseignante chercheuse,
Université de Lille, Guesnain

Caroline MOREAU, Professeur de neurologie, Praticienne au Centre expert Parkinson,
Enseignante chercheuse, Université de Lille, CHU Hôpital Roger Salengro, Lille

Lille – 2025

Remerciements

Je remercie mes directrices de mémoire, le Docteur Sabine BAYEN et le Professeur Caroline MOREAU, pour leur temps, leurs conseils et leur aide tout au long de ce travail.

Merci à mes proches pour leur soutien, leur écoute et leurs encouragements, qui m'ont portée durant ces années d'études.

Un grand merci à Marc, mon conjoint, pour son soutien constant et sa présence bienveillante tout au long de ce travail.

Enfin, je souhaite adresser une pensée particulière à mon Grand-Père, dont l'histoire et le parcours ont été à l'origine de l'inspiration de ce mémoire. J'espère, là où tu es, que tu me regardes avec fierté.

Résumé :

Dans un contexte de vieillissement démographique, l'augmentation de l'incidence de la maladie de Parkinson soulève des enjeux importants en santé publique. Parmi les symptômes non moteurs, les troubles de la déglutition sont fréquents mais souvent négligés. Ils peuvent entraîner des complications graves comme la dénutrition ou les pneumopathies d'inhalation, et altérer significativement la qualité de vie. Ce mémoire met en lumière l'importance d'une prise en soin orthophonique précoce de ces troubles chez les patients atteints de la maladie de Parkinson (PcP), en s'appuyant sur les données actuelles de la littérature scientifique concernant les outils diagnostiques et les approches rééducatives efficaces. Il propose également un questionnaire formatif visant à sensibiliser les médecins généralistes (MG), acteurs majeurs de l'orientation vers l'orthophonie, afin d'évaluer leurs pratiques et connaissances sur le sujet. L'étude repose sur deux hypothèses : un déficit d'information des MG sur l'intérêt d'une intervention précoce, et une hétérogénéité des stades d'adressage des PcP, ces derniers étant souvent orientés à un stade avancé des troubles. Les résultats soulignent la nécessité d'améliorer la formation et la collaboration interprofessionnelle, afin de favoriser une détection plus précoce, optimiser la rééducation, et ainsi préserver au mieux la qualité de vie des patients.

Mots-clés :

parkinson – pathologie neurodégénérative – prise en soin orthophonique précoce – dépistage – déglutition – médecins généralistes

Abstract :

With an ageing population, the rising incidence of Parkinson's disease raises major public health issues. Among the non-motor symptoms, swallowing disorders, which are common but often neglected, can give rise to serious complications such as malnutrition or inhalation pneumonitis, and significantly impair quality of life. This dissertation highlights the importance of early speech therapy treatment for these disorders in Parkinson's disease patients, based on current data in the scientific literature concerning diagnostic tools and effective rehabilitation approaches. It also includes a training questionnaire designed to raise awareness among general practitioners (GPs), who play a key role in referring patients to speech therapy, in order to assess their practices and knowledge on the subject. The study is based on two hypotheses: a lack of information among GPs about the benefits of early intervention, and heterogeneity in the stages of referral of PcP, with the latter often referred at an advanced stage of the disorder. The results highlight the need to improve training and inter-professional collaboration, in order to encourage earlier detection, optimise rehabilitation, and thus preserve patients' quality of life as effectively as possible.

Keywords :

parkinson - neurodegenerative disease - early speech therapy - screening - swallowing - general practitioners

Table des matières

Introduction.....	6
Contexte théorique, buts et hypothèses.....	7
1. La maladie de Parkinson.....	7
1.1. Épidémiologie.....	7
1.1.1. Prévalence.....	7
1.1.2. Enjeux sanitaires de l'avancée en âge.....	7
1.1.3. Etiologie et facteurs de risque.....	8
1.2. Physiopathologie.....	8
1.3. Signes cliniques.....	8
1.3.1. Signes moteurs.....	8
1.3.2. Signes non moteurs.....	8
1.4. Troubles cognitifs, psychiques et comportementaux.....	9
1.5. Troubles de la déglutition.....	9
1.5.1. Rappels physiologiques.....	9
1.5.2. Troubles dans la maladie de Parkinson.....	10
1.6. Evolution de la maladie.....	11
1.7. Diagnostic.....	11
1.8. Traitements.....	11
1.8.1. Traitements médicamenteux.....	11
1.8.2. Autres traitements.....	11
1.8.3. Rééducation.....	12
2. Prise en soin globale et pluridisciplinaire.....	12
2.1. Médecin généraliste.....	12
2.1.1. Rôle.....	12
2.1.2. Lien avec l'orthophonie.....	13
3. Prise en soin orthophonique.....	13
4. Buts et hypothèses.....	13
Méthode.....	14
1. Revue de littérature.....	14
1.1. Base de données et critères d'inclusion.....	14
1.2. Procédure.....	14
2. Questionnaire.....	14
2.1. Création.....	14
2.2. Diffusion.....	15
3. Fiche informative.....	15
Résultats.....	15
1. Revue de littérature.....	15
1.1. Prise en soin orthophonique précoce des troubles de la déglutition.....	15
1.1.1. Diagnostic.....	15

1.1.2. Complications.....	17
1.1.3. Connaissances des patients.....	17
1.1.5. Rééducation.....	18
1.2. Connaissances et pratiques des médecins généralistes.....	20
1.2.1. Formation des médecins.....	20
1.2.2. Connaissance sur la prise en soin orthophonique.....	21
2. Questionnaire.....	21
2.1. Données participants.....	22
2.2. Besoins des médecins généralistes.....	22
2.3. Connaissance des médecins généralistes.....	22
2.4. Stades d'adressage des patients.....	23
2.5. Utilité de ce questionnaire.....	24
Discussion.....	24
1. Rappel des objectifs et synthèse des résultats.....	24
1.1. Importance de la prise en soin précoce.....	24
1.1.1. Diagnostic.....	24
1.1.2. Complications liées à la maladie et connaissances des patients.....	26
1.1.3. Rééducation.....	26
1.2. Connaissances des médecins généralistes.....	27
1.2.1. Revue de littérature.....	27
1.2.2. Questionnaire.....	28
2. Limites de l'étude.....	29
2.1. Limites de la revue de littérature.....	29
2.2. Limites du questionnaire.....	29
2.3. Limites formatives et informatives.....	30
3. Amélioration des pratiques : propositions et perspectives.....	31
3.1. Amélioration de la formation.....	31
3.2. Amélioration de l'information.....	31
3.2.1. Sensibilisation directe.....	31
3.2.2. Mobilisation proactive des orthophonistes.....	32
Bibliographie.....	34
Liste des annexes.....	38

Introduction

L'incidence croissante de la maladie de Parkinson (MP) constitue un défi majeur pour les systèmes de santé à l'échelle mondiale, particulièrement dans le contexte du vieillissement démographique. Cette maladie neurodégénérative engendre une diversité de symptômes moteurs et non moteurs, ayant un impact significatif sur la qualité de vie des patients atteints de la maladie de Parkinson (PcP). Parmi ces symptômes, les troubles de la déglutition (ou dysphagie) se distinguent comme des manifestations courantes et invalidantes.

Leur impact insidieux et leur prévalence significative sont souvent sous-estimés par les patients, bien qu'ils influencent directement le pronostic vital et respiratoire. Ils accroissent le risque de complications telles que les pneumopathies d'inhalation, les bronchites chroniques ou encore la dénutrition. La MP entraîne aussi des troubles de la parole, comme la dysarthrie, en lien avec les altérations de la déglutition et leurs répercussions.

Dans ce contexte, une prise en soin orthophonique précoce s'avère cruciale pour contrer l'aggravation des symptômes et même retarder leur apparition, agissant ainsi comme un acte de prévention. Par ailleurs, il est essentiel de noter que la MP ne se limite pas à un âge avancé, touchant également les sujets jeunes, avec des formes juvéniles et des débuts précoces.

Cette étude s'inscrit donc dans une démarche visant à évaluer les connaissances et les pratiques des médecins généralistes (MG) en ce qui concerne la prise en soin orthophonique précoce des PcP. Plus précisément, elle cherche à déterminer si les MG orientent tardivement les patients vers une rééducation orthophonique, notamment pour les troubles de la déglutition. Elle revêt ainsi une importance primordiale dans l'amélioration de la qualité des soins prodigués aux PcP. En identifiant les lacunes dans les pratiques des MG et en mettant en évidence les avantages d'une intervention précoce en orthophonie, elle vise à contribuer à une prise en soin plus efficace et précoce des symptômes de la maladie, améliorant ainsi la qualité de vie des patients et de leurs familles.

Contexte théorique, buts et hypothèses

Dans cette section, nous commencerons par détailler le contexte théorique. Nous aborderons la MP et son évolution, ainsi que le rôle des professionnels concernés dans cette étude, à savoir les orthophonistes et les MG. Nous soulignerons ensuite les liens entre ces deux métiers. Enfin, nous exposerons l'objectif et le but des recherches effectuées dans le contexte de ce mémoire.

1. La maladie de Parkinson

1.1. Épidémiologie

1.1.1. Prévalence

La MP est la deuxième maladie neurodégénérative la plus courante après la maladie d'Alzheimer. En 2016, elle a touché environ 6 millions de personnes à travers le monde (Dorsey et al., 2018). En 2020, la France a enregistré près de 26 000 nouveaux cas et traité un peu moins de 180 000 personnes. Depuis 1990, la prévalence de cette maladie a doublé et continue d'augmenter, en raison de l'accroissement du nombre de personnes âgées, d'une durée prolongée de la maladie et de facteurs environnementaux (Dorsey et al., 2018).

L'apparition de la maladie survient généralement entre 58 et 62 ans, avec 80% des cas se déclarant entre 40 et 75 ans, et les hommes sont plus fréquemment atteints que les femmes. Bien que touchant principalement les seniors, elle peut aussi frapper des individus plus jeunes. Des doutes subsistent quant à l'exactitude du diagnostic chez les personnes âgées, du fait de la présence courante d'autres pathologies concomitantes (Chrysostome & Tison, s. d.).

1.1.2. Enjeux sanitaires de l'avancée en âge

Face au vieillissement de la population, la prévention de la perte d'autonomie devient prioritaire. Des experts recommandent des actions dès 40 ans pour prévenir les démences et retarder les maladies chroniques menant à la dépendance. D'ici 2050, les plus de 60 ans représenteront un tiers de la population française, renforçant ainsi l'importance des politiques de prévention pour maintenir leur qualité de vie. La MP entraîne une incapacité élevée et nécessite des soins spécifiques, étant donné que de nombreux PcP développent également une forme de démence. L'avancée en âge est donc bien un facteur de risque établi pour le développement de cette maladie.

D'un autre côté, la précocité de la MP est également un sujet d'intérêt croissant. Bien que moins fréquente, elle ne se limite pas à une maladie de la personne âgée, car environ 17% des nouveaux cas surviennent chez des individus de moins de 65 ans. De plus, dans 3 à 5% des cas, elle affecte des personnes âgées de moins de 40 ans, et dans de rares cas, la maladie peut apparaître avant l'âge de 20 ans. Selon Tysnes et al. (2017), on évoque le Parkinson juvénile, qui est généralement lié à des formes génétiques qui sont détectées chez 5 à 10% des patients.

Ainsi, que ce soit dans le contexte de l'avancée en âge ou de la précocité de la maladie, une compréhension approfondie de ces dimensions est cruciale pour améliorer la prise en soin globale des PcP, et pouvoir agir en amont et mettre en œuvre des politiques préventives efficaces.

1.1.3. Etiologie et facteurs de risque

La cause exacte de la MP reste inconnue, bien que l'âge soit le principal facteur de risque. D'autres éléments comme le sexe masculin, l'exposition à des substances toxiques au travail, et les traumatismes crâniens sont également liés à un risque accru. Les facteurs environnementaux, dont l'exposition aux pesticides, jouent un rôle important, tandis que les antécédents familiaux et les formes génétiques représentent environ 15% des cas. Certaines habitudes comme la consommation de café et l'exercice physique semblent avoir un effet protecteur. L'épidémiologie de la maladie reste un domaine étendu de recherche, avec une augmentation de la population touchée. La prévention primaire est donc essentielle en l'absence de traitement curatif.

1.2. Physiopathologie

La MP est une affection neuro-évolutive caractérisée par une altération du système extrapyramidal, principalement dans les ganglions de la base. La dégénérescence des neurones dopaminergiques dans la substance noire entraîne une diminution de la dopamine, perturbant les voies motrices et causant des symptômes tels que le tremblement, l'akinésie et la rigidité musculaire. Les agrégats de protéines anormales, appelés « corps de Lewy », sont associés à cette dégénérescence. La MP évolue ainsi en plusieurs étapes, affectant progressivement d'autres systèmes neuronaux et entraînant divers troubles, y compris moteurs et non moteurs, comme la dysautonomie, les troubles cognitifs et la dysarthrie, ou encore des problèmes de déglutition et de parole.

1.3. Signes cliniques

Dans la MP, la défaillance de la neurotransmission dopaminergique provoque divers troubles moteurs, ainsi que des troubles non moteurs et cognitifs, psychiques et comportementaux. Ces manifestations impactent l'autonomie et la qualité de vie des patients au quotidien, définissant cette maladie neuropsychiatrique complexe à expression variable (Bayen et al., 2020).

1.3.1. Signes moteurs

Les principaux signes de la MP sont regroupés sous le nom de triade parkinsonienne. Elle comprend l'**akinésie**, entraînant un ralentissement moteur et une réduction des expressions faciales (amimie), la **rigidité** musculaire avec une difficulté à initier les mouvements volontaires, et le **tremblement** de repos, caractérisé par un tremblement asymétrique et lent, principalement au repos et parfois touchant les lèvres, le palais et la mâchoire.

L'évolution de la maladie peut entraîner l'apparition de symptômes supplémentaires tels que des **troubles de la déglutition**, une **dysgraphie**, et des **troubles de la parole** comme la dysarthrie.

1.3.2. Signes non moteurs

Bien que la MP soit principalement associée à des symptômes moteurs, les symptômes non moteurs ne doivent pas être négligés, car ils ont également un impact notable sur la vie quotidienne des patients. Les principaux signes non moteurs incluent la **sialorrhée** (augmentation de la

salivation), des **troubles gastro-intestinaux**, une **hypotension artérielle orthostatique**, des **troubles vésico-sphinctériens**, des **troubles sexuels**, des **troubles sensitivo douloureux**, des **troubles du sommeil** ainsi qu'une **fatigue intense** (Azulay & Witjas, 2020).

Les **troubles respiratoires** en font également partie et ne sont pas à négliger. Souvent méconnus ou mal évalués, ils peuvent être liés à l'altération de la fonction pulmonaire et des muscles respiratoires, mais également à des **problèmes de déglutition**. Ils peuvent alors conduire à des épisodes d'hypoxie ou de fausses routes (FR), dont les conséquences principales sont l'accumulation de sécrétions bronchiques, augmentant le risque d'infections pulmonaires.

1.4. Troubles cognitifs, psychiques et comportementaux

Au stade précoce, les PcP montrent généralement une efficacité globale relativement préservée, mais des signes de **ralentissement cognitif** et/ou de **dysfonctionnement exécutif** peuvent apparaître très tôt. Les symptômes cognitifs comprennent un traitement de l'information plus lent et des difficultés avec des tâches non routinières. La **mémoire de travail** et la **mémoire procédurale** sont souvent affectées, impactant la planification, l'organisation et les **capacités d'apprentissage**.

Les PcP rencontrent également fréquemment des difficultés de **communication**, telles que la reconnaissance des émotions faciales et la prosodie émotionnelle, ce qui affecte les interactions sociales.

Les symptômes neuropsychiatriques, souvent négligés, incluent la **dépression**, l'**anxiété** et l'**apathie**, ayant un impact significatif sur la qualité de vie des patients et de leurs proches (Fénelon et al., 2020). Ces troubles peuvent entraîner une diminution de l'initiative et de l'activité, ce qui peut être mal interprété par la famille.

1.5. Troubles de la déglutition

1.5.1. Rappels physiologiques

La déglutition, processus complexe, permet le passage du bol alimentaire vers l'œsophage tout en éliminant salive et sécrétion nasale, préservant ainsi les voies respiratoires. Elle requiert une coordination précise des muscles et des structures nerveuses, sous contrôle volontaire, réflexe et autonome. Cette fonction vitale est étroitement liée à la respiration et à la phonation, et une défaillance dans l'une affecte les autres. De plus, manger dépasse le simple besoin biologique, avec des aspects psychologiques, sociaux et culturels à considérer dans la prise en soin des patients atteints de trouble de la déglutition.

La déglutition peut être divisée en trois phases successives : buccale, pharyngienne et œsophagienne.

Le **temps buccal**, contrôlé volontairement, inclut la préhension, la mastication, et la rétropulsion du bol alimentaire vers l'oropharynx. La salivation lubrifie le bol alimentaire pendant la

mastication, et un sphincter postérieur et des muscles comme les palatoglosses maintiennent le bolus en place.

Le **temps pharyngien** est crucial, assurant le passage rapide du bol alimentaire du carrefour aérodigestif à l'œsophage, grâce à une coordination musculaire précise. Il comprend des mécanismes propulseurs comme la pression de la base de langue et le péristaltisme pharyngé. Il inclut également des mécanismes protecteurs comme l'occlusion glottique et l'ascension laryngée, pour préserver les voies aériennes.

Le **temps œsophagien** facilite le passage du bol alimentaire de l'œsophage vers l'estomac. Le sphincter pharyngo-œsophagien se détend brièvement après la contraction du pharynx, suivi d'une onde péristaltique descendant le long de l'œsophage. Ensuite, le sphincter gastro-œsophagien se relâche, prolongeant l'onde péristaltique, puis le tonus normal de l'œsophage est rétabli.

1.5.2. Troubles dans la maladie de Parkinson

Chez les PcP, la dysphagie et l'hypersialorrhée sont communes, affectant plus de 70 % des patients dès les premiers stades de la maladie. L'hypersialorrhée, souvent signalée par les patients, est due à une déglutition automatique défaillante et une fermeture labiale insuffisante, indiquant un risque de FR sévères. Les symptômes initiaux de la dysphagie comprennent des difficultés de fermeture labiale et une propulsion insuffisante du bol alimentaire par la langue, entraînant une accumulation de nourriture dans la bouche et une salivation excessive. Les signes d'un trouble de la déglutition incluent la présence de FR, une voix mouillée, une toux, des stases orales et pharyngo-laryngées, un bavage, une sensation de blocage ou une odynophagie, un reflux nasal, des hémorragies, des raclements, ou encore des manifestations laryngées atypiques.

Les examens instrumentaux tels que la nasofibroskopie et la radiocinéma offrent une analyse approfondie des troubles de la déglutition. Ils révèlent les FR et les trois étapes altérées : propulsion linguale, retard du réflexe pharyngé, dysfonctionnement du sphincter œsophagien supérieur.

La rééducation de la dysphagie peut reposer sur l'optimisation des médicaments dopaminergiques, mais surtout sur la prévention des FR par des conseils d'ajustement des textures, des conseils diététiques ou encore des postures de protection.

Les troubles de la déglutition sont souvent sous-estimés par les patients, et ce n'est pas sans conséquences. Les conséquences sur la qualité des repas peuvent se manifester par un allongement du temps de repas, une sélectivité alimentaire avec éviction de certaines textures, ainsi que des situations d'évitement telles que manger auprès des enfants ou aller au restaurant. Dans certains cas, l'alimentation per os n'est plus envisageable, bien que rare en l'absence de troubles cognitifs. Ces conséquences entraîneront des réductions quantitatives et qualitatives des repas, ainsi que l'adaptation des textures et l'évitement de certains aliments si nécessaire. De plus, les corollaires psychologiques comprennent de l'anxiété, de la dépression, de l'angoisse avant de manger, un isolement partiel voire total pendant les repas, des conséquences sociales et un isolement accru, ainsi qu'une augmentation du degré de dépendance. Sur le plan nutritionnel, les conséquences incluent la dénutrition, la réduction des apports caloriques, la déshydratation, et des carences en nutriments

entraînant une perte de poids et une altération de l'état général, ainsi qu'une diminution des défenses immunitaires.

Les PcP rencontrent très souvent des troubles respiratoires, avec une toux affaiblie, qui peut compromettre la protection des voies aériennes supérieures. Ces troubles respiratoires peuvent engendrer des complications comme des infections pulmonaires, des encombrements, des signes de bronchite, voire des pneumopathies d'inhalation. Associés à une détérioration de l'état général, ces problèmes peuvent mener à la malnutrition et impacter significativement le pronostic respiratoire et vital du patient.

1.6. Evolution de la maladie

La MP évolue en quatre phases (Bayen et al., 2020) : début, stable, avancée et tardive. Le début est traité avec une thérapie initiale incluant l'activité physique et les médicaments symptomatiques. La phase stable montre une amélioration grâce aux traitements dopaminergiques. La phase avancée est caractérisée par des fluctuations imprévisibles nécessitant des ajustements médicamenteux. Enfin, la phase tardive présente des symptômes sévères et des complications neuropsychiatriques, nécessitant une prise en soin attentive.

1.7. Diagnostic

Le diagnostic de la MP repose sur la présence d'au moins deux sur trois des symptômes majeurs (akinésie, tremblement de repos et rigidité), sur l'absence de "drapeaux rouges" qui sont des signes cliniques significatifs d'un syndrome parkinsonien, ainsi que la présence d'une réponse prolongée aux traitements dopaminergiques.

1.8. Traitements

1.8.1. Traitements médicamenteux

Le traitement médicamenteux de base est la lévodopa (L-dopa), combinée à un inhibiteur de la dopa-décarboxylase. Ce traitement est disponible sous différentes formes pharmaceutiques, notamment des comprimés, des gélules, et des solutions liquides. La rasagiline et l'entacapone peuvent également être efficaces à différents stades de la maladie. Toutefois, en phase avancée, une dépendance médicamenteuse peut entraîner des complications comme les fluctuations motrices, les chutes et la dysphagie (Bayen et al., 2020).

1.8.2. Autres traitements

Début 2022, le CHU de Lille a lancé l'essai clinique DIVE, dirigé par le Pr David Devos du Centre de recherche Lille Neurosciences & Cognition, et le Pr Caroline Moreau. Ils ont développé le concept de "Brain Infusion", afin de transmettre directement la dopamine manquante au centre cérébral. À l'aide d'un processus novateur, la dopamine est conservée dans une pompe implantée sous la surface de l'abdomen et reliée par un cathéter sous-cutané jusqu'au cerveau. Ce système assure une libération précise et continue de la dopamine, à un rythme physiologique, tout en évitant les effets secondaires liés à la circulation de dopamine dans le sang.

1.8.3. Rééducation

La gestion de la MP est une démarche adaptative qui évolue selon les stades de la maladie. Dès le diagnostic, une activité physique régulière est recommandée pour maintenir l'autonomie et améliorer le bien-être général. Parallèlement, des interventions non médicamenteuses telles que l'orthophonie, la psychologie et l'ergothérapie sont préconisées tout au long de la progression de la maladie, adaptées aux besoins individuels des patients. Ces services sont particulièrement bénéfiques en phase initiale pour optimiser la qualité de vie des PcP (Bayen et al., 2020).

La rééducation et l'exercice physique sont essentiels dans le traitement des symptômes moteurs de la MP. En débutant la rééducation dès l'apparition des premiers symptômes, on vise à prévenir leur aggravation et les effets néfastes de la sédentarité. Des études récentes ont confirmé l'efficacité de la rééducation intensive, entraînant une amélioration significative chez les patients. En outre, l'éducation thérapeutique du patient est cruciale pour garantir une bonne adhésion aux traitements et impliquer activement les proches dans la gestion de la maladie.

2. Prise en soin globale et pluridisciplinaire

La prise en soin de la MP repose sur une approche multidisciplinaire, dont les intervenants systématiques dans le parcours de soins incluent notamment le MG, le neurologue, le kinésithérapeute, l'orthophoniste, l'infirmier, le psychologue clinicien et/ou le neuropsychologue, ainsi que le pharmacien. Le cas échéant, d'autres médecins spécialistes et professionnels paramédicaux comme les ergothérapeutes ou les psychomotriciens peuvent être consultés.

2.1. Médecin généraliste

2.1.1. Rôle

Le MG joue un rôle central en tant que premier point de contact pour les patients. Il établit des diagnostics, prescrit des traitements et oriente les patients vers des spécialistes ou des professionnels paramédicaux si nécessaire. Il participe également activement à la prévention et au dépistage des maladies. Dans la prise en soin initiale de la MP, à la fois le neurologue et le médecin traitant interviennent. Le neurologue pose le diagnostic, mais les responsabilités en matière de prévention, d'orientation et de dépistage sont partagées entre lui et le MG. Le MG assure les soins préventifs et collabore avec d'autres professionnels de santé pour une gestion à long terme des soins, initiant par exemple des demandes de soins en orthophonie. Ainsi, tant le MG que le neurologue jouent un rôle crucial dans le suivi médical des PcP, assurant une prise en soin globale et adaptée.

Toutefois, la distribution inégale des spécialistes et l'accès disparate aux soins compliquent parfois la consultation neurologique. Le MG se trouve donc souvent en première ligne pour diagnostiquer la MP, même précocement, et gérer le suivi médical. Durant ce suivi, le MG prend en compte les intérêts variables du patient et la diversité des réactions à la maladie, tout en considérant l'impact fonctionnel des symptômes dans la vie quotidienne. Le généraliste encourage l'auto-rééducation et aborde les aspects variés de la vie quotidienne, y compris professionnels et sociaux, en discutant des adaptations nécessaires. En pratique, l'attention aux premiers signes, l'inclusion précoce de l'aidant dans les soins, et le maintien de l'activité sociale et professionnelle,

sont préconisés pour prévenir l'épuisement de l'aidant et les complications potentielles. (Bayen et al., 2020).

2.1.2. Lien avec l'orthophonie

Les patients nécessitant des soins en orthophonie doivent avoir une prescription médicale pouvant être établie par un professionnel de santé, notamment par les MG, premiers points de contact des PcP. Les orthophonistes sont tenus de fournir un compte-rendu au médecin prescripteur après chaque bilan, facilitant ainsi le suivi et la coordination des soins par le MG.

3. Prise en soin orthophonique

“Une évaluation précoce par le kinésithérapeute, l'orthophoniste et l'infirmier doit être prescrit avec l'accord du PcP en amont de la survenue de nouveaux symptômes. Cette évaluation précoce diagnostique les premiers troubles et sert de ligne de base lors de l'évolution de la MP. Elle participe à la mise en place d'un programme de rééducation qui précède et parfois prévient les difficultés à venir” (HAS, 2016).

Selon la Haute Autorité de Santé (HAS), la gestion des symptômes moteurs et des complications dans la MP est essentielle, souvent causée par la progression de la maladie ou des médicaments. Les problèmes de communication, tels que la dysarthrie, sont courants chez les PcP et peuvent entraîner des difficultés d'intelligibilité et des perturbations sociales. Un traitement précoce dispensé par un orthophoniste peut contribuer à prévenir l'aggravation de ces difficultés. De même, les troubles de la déglutition, souvent sous-estimés par les patients, nécessitent une évaluation systématique et une prise en soin adaptée par un orthophoniste. Enfin, les orthophonistes sont également en mesure d'évaluer et de traiter les troubles cognitifs associés à la MP, tels que les problèmes d'attention, de mémoire et d'organisation spatiale, afin de réduire leur impact sur la vie quotidienne des patients, et éviter d'entraver d'autres rééducations comme la dysphagie.

Toujours selon les recommandations de l'HAS en 2016, la prise en soin au stade débutant comprend des séances de rééducation de l'écriture pour restaurer l'amplitude des productions, des sessions intensives de rééducation de la parole, telle que la méthode LSVT (Lee Silverman Voice Treatment), visant à réduire les troubles de la voix et de la prosodie, et fournir des conseils concernant la déglutition afin d'agir en prévention.

4. Buts et hypothèses

Ce mémoire vise à mettre en lumière l'intérêt d'une prise en soin orthophonique précoce des troubles de la déglutition dans la MP, en identifiant des moyens diagnostiques et des techniques de rééducation fiables. Le but de cette étude est ensuite de promouvoir parmi les MG l'information sur la prise en soin orthophonique précoce des PcP, en se basant sur le stade d'adressage des PcP en orthophonie tout en déterminant s'ils sont orientés tardivement pour une rééducation liée à des troubles de la déglutition.

L'hypothèse principale est qu'il existe un besoin d'information des MG sur l'intérêt d'une prise en soin précoce des PcP, encore plus concernant les troubles de la déglutition. La seconde hypothèse est que les stades d'adressage sont hétérogènes et que le PcP arrive chez l'orthophoniste avec des troubles modérés à sévères, réduisant les possibilités et l'efficacité de la rééducation.

Méthode

Dans cette partie nous décrivons la méthodologie utilisée pour mener cette étude. Elle se déroule en deux temps : une analyse rétrospective (revue de littérature) et une analyse prospective (questionnaire). Une première partie sera donc dédiée à la revue de littérature, au recueil des données avec les critères d'inclusion et d'exclusion, et à la procédure employée. Ensuite, une seconde partie portera sur la création et la diffusion du questionnaire. Enfin, une fiche informative sera présentée en troisième partie.

1. Revue de littérature

1.1. Base de données et critères d'inclusion

Les données ont été collectées via **PubMed**, **Sudoc**, **Cairn.info** et **Pépité** (pour les thèses et mémoires de l'Université de Lille). L'étude inclut des publications internationales et francophones de 2019 à 2024, et la littérature grise francophone (thèses et mémoires) de 2007 à 2024. Nous avons utilisé les mots clés suivants : « parkinson's disease » / « swallowing disorders » / « early intervention » / « early diagnosis » / « treatment dysphagia » / « connaissances des médecins et orthophonie » / « stade d'adressage » / « dépistage des troubles de déglutition » / « formation des médecins généralistes ». Les publications internationales sur les connaissances des MG en orthophonie et celles portant sur d'autres pathologies que la MP ont été exclues.

1.2. Procédure

La partie revue de littérature s'applique à faire le point sur la prise en soin orthophonique précoce des troubles de la déglutition chez les PcP, au travers des études réalisées sur le sujet dans les 5 dernières années. Dans un second temps, nous avons analysé les connaissances et pratiques des MG sur l'orthophonie dans la prise en soin des PcP. La revue de littérature a permis de réaliser un questionnaire formatif pour les MG, basé sur des données récentes.

2. Questionnaire

2.1. Création

La partie questionnaire repose sur une analyse prospective, grâce à la diffusion aux MG d'un questionnaire basé sur la méthode DPC (développement professionnel continu) appuyé par des vignettes cliniques. Le questionnaire a été construit selon différentes étapes : description de situations en consultation de médecine générale, avec précision des signes cliniques évocateurs des différents stades évolutifs, puis proposition de conduites à tenir, au choix par QCM, et enfin

affichage de la réponse correcte avec explications et recommandations. Les résultats ont ensuite été analysés afin de mettre en évidence le stade d'adressage des PcP chez l'orthophoniste ainsi que les connaissances des MG sur les signes marquant la présence de trouble de la déglutition et donc la nécessité d'orientation en orthophonie. Le but de cette méthode est de récolter des données mais également de pouvoir, dès cette étape, former les MG qui ont répondu au questionnaire et qui manqueraient de connaissances sur le sujet.

2.2. Diffusion

Le questionnaire, diffusé le 20 janvier 2025, ciblait les MG via des groupes Facebook, des pages LinkedIn de CPTS et des réseaux professionnels de MG qui m'ont apporté leur aide. France Parkinson, plusieurs CPTS, URPS médecins Hauts-de-France, et la Société Française de Médecine Générale ont également été sollicités. Lors d'une formation en mars 2025 organisée par NorthSleep Factory, des affiches avec un QR code ont été distribuées aux médecins présents. Enfin, environ 200 appels ont permis de collecter des adresses e-mail pour transmettre directement le questionnaire.

3. Fiche informative

Une fiche informative (annexe A3), à destination des MG, a été réalisée à partir de la revue de littérature afin de favoriser la reconnaissance des signes d'un trouble de la déglutition et d'encourager l'orientation vers un orthophoniste.

Résultats

1. Revue de littérature

1.1. Prise en soin orthophonique précoce des troubles de la déglutition

1.1.1. Diagnostic

Les troubles de la déglutition sont une complication fréquente et souvent précoce de la MP, touchant plus de 80% des patients au cours de l'évolution de leur pathologie. Fait notable, ces troubles peuvent apparaître avant même que les symptômes moteurs caractéristiques ne soient évidents (Patel et al., 2020). Selon l'association France Parkinson, il est essentiel de mettre l'accent sur un dépistage précoce de ces troubles, car la **prévention s'avère souvent plus efficace que le traitement des symptômes déjà installés**.

L'évaluation de ces troubles combine questionnaires ciblés et examens cliniques pour repérer des indices de leur présence, même chez les patients sans symptômes apparents. La détection précoce permet une intervention rapide, limitant l'aggravation et préservant la qualité de vie (Patel et al., 2020). Un suivi régulier encourage un échange entre patient, famille et soignants, renforçant la **vigilance collective** aux changements subtils de déglutition.

Le diagnostic des troubles de la déglutition liés à la MP implique de reconnaître une **variété de signes et symptômes** qui peuvent indiquer la présence de ces troubles. Toujours selon Patel et al.

(2020), les professionnels de santé, les patients et leurs proches doivent être attentifs aux signes suivants : **difficulté à initier la déglutition, sensation de nourriture bloquée dans la gorge, toux ou étouffement pendant ou après les repas, changement de voix après avoir mangé ou bu** (voix "mouillée"), **difficulté à gérer certaines textures d'aliments, perte de salive ou de nourriture par la bouche, mastication prolongée, régurgitation d'aliments ou de liquides, résidus alimentaires dans la bouche après avoir avalé, perte de poids inexplicée, évitement de certains aliments ou boissons, fatigue accrue pendant les repas, augmentation du temps nécessaire pour terminer un repas, difficultés à contrôler les liquides dans la bouche, raclement fréquent de la gorge.**

Toutefois, le diagnostic le plus fiable des troubles de la déglutition dans la MP repose principalement sur la **vidéofluoroscopie** (VF), une technique d'imagerie de pointe (Jung et al., 2023). Cette méthode permet d'observer en temps réel le processus complexe de la déglutition, révélant avec précision les difficultés telles que les FR, l'inhalation et la présence de résidus dans la cavité orale et le pharynx.

Outre cette méthode de diagnostic éprouvée, des innovations en matière d'outils diagnostiques sont attendues dans un avenir proche. Le **DIGEST-FEES**, validé par Labeit et al. (2024), est un outil innovant pour évaluer la dysphagie pharyngée dans la MP. Utilisant un endoscope nasal flexible, il analyse en temps réel la sécurité (risque d'inhalation, FR) et l'efficacité (résidus pharyngés) de la déglutition, sans irradiation. Ses principaux avantages incluent des examens rapides, une meilleure visualisation des résidus, l'observation directe des inhalations et une analyse détaillée des mécanismes de déglutition. Bien que l'insertion de l'endoscope puisse être inconfortable, la procédure est bien tolérée et accessible aux médecins généralistes, élargissant ainsi son usage au-delà des hôpitaux.

En complément des outils diagnostiques émergents, des recherches récentes ont mis en évidence des corrélations significatives.

Nakamori et al. (2024) mettent en lumière une **corrélation significative entre les symptômes moteurs de la maladie**, mesurés par l'échelle UPDRS, **et les troubles de la déglutition**. La **rigidité musculaire**, en particulier, **augmente significativement le risque de FR et d'inhalation laryngée**. L'UPDRS (Unified Parkinson's Disease Rating Scale), outil validé et multidimensionnel, évalue l'état mental, les fonctions motrices et l'autonomie via un score de 0 à 199. Utilisé par les neurologues, sa section motrice permet notamment de suivre l'efficacité des traitements, tout en identifiant les complications comme les troubles de la déglutition. Dans cette étude de 2024, un phénomène préoccupant observé chez de nombreux patients est le **retard dans l'élévation du larynx**, particulièrement marqué lors de l'**ingestion de volumes plus importants de liquide**. Cette anomalie augmente considérablement le **risque d'inhalation** et peut entraîner des **complications graves**, notamment des **pneumopathies d'inhalation**.

De plus, dans une approche novatrice, Baldanzi et al. (2024), mettent en lumière la **relation étroite entre l'intensité de la voix et la fonction de déglutition**. Leurs recherches ont révélé une **corrélation significative entre la diminution de l'intensité vocale et la détérioration de la capacité à déglutir**. L'étude a démontré que les patients dont l'**intensité vocale est inférieure à 60**

dB présentent un **risque considérablement accru de troubles de la déglutition**, avec une **valeur prédictive positive remarquable de 93%**. Cette corrélation persiste même après ajustement des scores moteurs (ajustement qui vise à éliminer la possibilité que la relation observée soit simplement due à une faiblesse musculaire globale).

Dans le diagnostic des troubles de la déglutition liés à la MP, il convient également de considérer **l'influence de facteurs tels que l'âge, le niveau d'éducation et les capacités cognitives du patient**. Tosun et al. (2024), ont mis en évidence une **corrélation significative entre ces variables et les performances de déglutition**. Notamment, le **vieillissement semble exacerber les troubles**, tandis qu'**un niveau d'éducation plus élevé pourrait contribuer à une meilleure gestion des troubles, possiblement grâce à une réserve cognitive plus importante**. Dans l'étude, deux outils d'évaluation ont été utilisés : l'**Eating Assessment Tool (EAT-10)** et l'**Edinburgh Feeding Evaluation Scale (EdFED)**. L'EAT-10, un questionnaire auto-administré, évalue rapidement les troubles de la déglutition. L'EdFED, conçu pour les personnes atteintes de démence avancée, observe en 5 minutes les comportements alimentaires et le niveau d'assistance requis. Fiable et validé dans divers contextes, il aide à adapter les soins. Une version française de l'outil écossais, nommée "EdFED-f," a été développée.

1.1.2. Complications

Les PcP sont particulièrement exposés à des complications graves, comme la pneumopathie d'inhalation, en raison de leur difficulté à percevoir ou signaler les troubles de la déglutition. Une vigilance accrue des professionnels de santé permet de repérer rapidement ces troubles et d'instaurer des mesures préventives efficaces (Ponsoni et al., 2024). De plus, Jung et al. (2023), confirment le **lien étroit entre certaines anomalies de déglutition**, telles que la présence de résidus dans les sinus pyriformes ou une perte prématurée de bolus, et un **risque accru d'infections respiratoires**. Ces troubles affectent également **la nutrition et l'hydratation** des patients (Ponsoni et al., 2024), en réduisant les apports, favorisant amaigrissement, dénutrition et déshydratation, ce qui aggrave l'état général et augmentent les risques associés.

1.1.3. Connaissances des patients

Dans le cadre de la prise en soin des troubles de la déglutition chez les PcP, il est crucial de considérer le niveau de connaissance et de sensibilisation des patients eux-mêmes. Une étude a révélé un **manque significatif de compréhension des symptômes** de ces troubles parmi les patients (Yao et al., 2023). La majorité d'entre eux se concentrent principalement sur les symptômes moteurs bien connus, tels que les tremblements et la rigidité, négligeant souvent des signes importants comme l'accumulation de salive, ou la présence de toux répétées pendant et après les repas.

1.1.4. Impacts

Les troubles de la déglutition ont un impact significatif sur la **santé psycho-sociale** des patients, entraînant souvent des niveaux accrus d'anxiété et de dépression (Winiker & Kertscher, 2023). La peur constante de s'étouffer ou de subir des complications peut détériorer le bien-être mental des individus concernés. Cette étude établit des **liens entre ces troubles et des symptômes d'anxiété et de dépression**, soulignant ainsi l'importance d'intégrer une prise en soin psychologique

dans le traitement de cette condition. De plus, les difficultés à manger en public peuvent conduire à un isolement social, les patients évitant les situations où la nourriture est présente, ce qui peut aggraver leur sentiment de solitude. Cet isolement peut également réduire le soutien social nécessaire à leur bien-être. Enfin, les troubles de la déglutition impactent les relations familiales, car les préoccupations liées à la sécurité alimentaire et aux soins requis peuvent générer des tensions et du stress au sein du foyer, tant pour les patients que pour leurs soignants ou aidants.

1.1.5. Rééducation

Les interventions peuvent inclure l'adaptation des textures alimentaires ou l'enseignement de techniques de déglutition spécifiques. Ces stratégies, si elles sont mises en place de manière précoce, jouent un rôle crucial dans la **réduction des risques d'hospitalisation et dans le maintien de la qualité de vie** des patients. Ainsi, la détection et la prise en soin précoce des troubles de la déglutition s'avèrent être des éléments clés dans la gestion globale de la MP (Ponsoni et al., 2024).

Dans le cadre de la prise en soin orthophonique précoce des troubles de la déglutition chez les PcP, un **consensus établi en 2020** (Schindler et al., 2021) a défini plusieurs recommandations clés. Ces directives, basées sur des preuves scientifiques et l'expertise clinique, visent à optimiser la prise en soin de ces patients.

- L'une des recommandations principales est l'**évaluation précoce et continue** de la fonction de déglutition. Cette approche proactive permet d'identifier rapidement les troubles et d'initier des interventions adaptées, réduisant ainsi les risques de complications telles que la pneumopathie par inhalation ou la malnutrition.
- Les **interventions recommandées sont personnalisées** en fonction des résultats de ces évaluations. Elles peuvent inclure des stratégies compensatoires et des techniques de réhabilitation, mises en œuvre par des **orthophonistes**. Ces approches visent à améliorer la sécurité et l'efficacité de la déglutition.
- Une attention particulière est portée aux **soins bucco-dentaires**, considérés comme essentiels pour réduire le risque de pneumopathie par inhalation.
- Des **conseils nutritionnels adaptés** sont également préconisés pour gérer les risques de malnutrition, incluant des modifications de la consistance et de la température des aliments et des liquides.

Le consensus souligne l'importance d'une **collaboration interdisciplinaire**, impliquant neurologues, MG, gastro-entérologues, orthophonistes et diététiciens. Enfin, un **suivi régulier et des réévaluations fréquentes** sont recommandés pour adapter les traitements à l'évolution de la maladie, les troubles pouvant se modifier au fil du temps.

La revue systématique de Rangwala et al. (2023) a souligné des aspects essentiels de la **coordination entre respiration et déglutition**, offrant des perspectives significatives pour la rééducation orthophonique. Les résultats montrent des schémas atypiques chez les patients, avec des **modèles respiratoires non conventionnels lors de la déglutition, augmentant le risque d'inhalation et de complications respiratoires**. De plus, ces patients présentent souvent des

pauses respiratoires plus longues, compromettant leur sécurité lors de la déglutition. Le **volume pulmonaire** au moment de l'initiation de la déglutition est également un facteur clé, car des **volumes réduits** peuvent nuire à la coordination efficace entre respiration et déglutition.

De plus, une étude des interventions pour la dysphagie a révélé plusieurs conclusions importantes (Gandhi & Steele, 2022). Certaines interventions ont montré des résultats prometteurs. Par exemple, les **exercices avec biofeedback** et la **stimulation cérébrale profonde (DBS)** ont amélioré le timing de la déglutition, optimisant ainsi la synchronisation entre les différentes phases de la déglutition et la respiration. La DBS et l'**entraînement à la force musculaire expiratoire (EMST)** ont été associés à une **amélioration de la sécurité de la déglutition**, réduisant ainsi le risque d'inhalation. Des approches comme la **LSVT** et l'**administration de lévodopa** ont également montré des améliorations dans l'efficacité de la déglutition.

Flynn et al. (2018) suggèrent que **modifier la consistance des aliments et liquides** peut avoir un **impact significatif sur les difficultés de déglutition** chez les PcP. Épaissir les liquides améliore la sécurité en réduisant les risques d'inhalation, comme le montrent les vidéofluoroscopies. Cependant, cette approche présente des inconvénients : les résidus pharyngés peuvent augmenter, accroissant le risque d'inhalation post-déglutition. De plus, les liquides épaissis, moins appétissants, peuvent réduire l'apport nutritionnel et hydrique, augmentant les risques de déshydratation et de malnutrition.

La gestion des troubles de la déglutition chez les PcP implique donc une variété de thérapies et d'interventions adaptées. Voici un récapitulatif des principales méthodes suggérées (López-Liria et al., 2020) :

Stratégies de compensation : *modification de la texture des aliments* (adapter la consistance des aliments et des liquides, par exemple en utilisant des épaississants, pour faciliter la déglutition et réduire le risque d'inhalation) ; *techniques de positionnement* (conseils sur la posture pendant les repas, comme s'asseoir droit ou incliner légèrement la tête en avant, pour améliorer la sécurité de la déglutition).

Manoeuvres de déglutition : *manœuvre de Mendelsohn* (aide à renforcer les muscles impliqués dans la déglutition en prolongeant le processus) ; *manœuvre supraglottique* (retenir la respiration avant de déglutir pour protéger les voies respiratoires).

Entraînement de la force musculaire expiratoire (EMST) : Utilisation d'un appareil pour renforcer les muscles expiratoires, améliorant ainsi la force de déglutition et réduisant le risque d'inhalation.

Stimulation électrique neuromusculaire (NMES) : Dispositifs qui activent les muscles de la déglutition pour améliorer leur fonction et leur coordination.

Thérapies de rééducation oromotrice : *exercices de renforcement musculaire* (cibler les muscles de la langue, du pharynx et du larynx pour améliorer leur force et coordination) ; *exercices de mobilité* (techniques visant à accroître la flexibilité et la fonction musculaire des cervicales, cou, mâchoires, épaules, thorax).

Thérapie vidéo-assistée : Utilisation de technologies pour guider les patients à travers des exercices de déglutition, offrant une rétroaction visuelle utile.

Thérapies comportementales : *entraînement à la déglutition* : (programmes éducatifs pour enseigner aux patients des techniques afin d'améliorer leur capacité à avaler en toute sécurité) ; *éducation nutritionnelle* (conseils sur l'alimentation et l'hydratation pour s'assurer que les patients reçoivent une nutrition adéquate tout en gérant leurs troubles).

Thérapies complémentaires : *stimulation thermique et tactile* (techniques impliquant l'application de chaleur, de froid ou de stimulation tactile sur les lèvres et la langue pour améliorer la sensibilité) ; *mastication de gomme* (peut stimuler la production de salive et améliorer la préparation à la déglutition).

Approche multidisciplinaire : La gestion efficace nécessite une collaboration entre orthophonistes, médecins et diététiciens pour élaborer un plan de traitement personnalisé.

Bien que certaines interventions montrent un potentiel prometteur, il est crucial de poursuivre les recherches pour évaluer leur efficacité et établir des protocoles fondés sur des preuves solides. La revue systématique de Cadeau. (2019) sur la rééducation des troubles de la déglutition chez les PcP met en avant **le manque de standardisation dans les protocoles rendant difficile la comparaison des résultats entre les études**. L'EMST est identifié comme ayant le **meilleur niveau de preuve pour réduire le risque de fausses routes**, tandis que d'autres techniques comme la LSVT montrent également des **résultats prometteurs**, nécessitant toutefois **davantage d'évaluations**. La revue souligne un besoin urgent d'études rigoureuses comparant directement ces techniques. Une évaluation personnalisée est essentielle, prenant en compte la gravité de la maladie et l'état général du patient. Enfin, la revue appelle à la réalisation d'essais contrôlés randomisés pour établir des protocoles basés sur des preuves solides et améliorer ainsi la prise en soin des troubles de la déglutition dans cette population.

1.2. Connaissances et pratiques des médecins généralistes

1.2.1. Formation des médecins

La formation des MG en France dure dix ans, répartis en trois cycles. L'orthophonie est abordée lors du deuxième cycle de manière limitée, notamment en réadaptation, nutrition (avec l'item de la dysphagie), pédiatrie et neurologie (Hannotte, 2022). Après l'obtention du Diplôme d'État de docteur en médecine, une formation continue est ensuite requise pour actualiser les compétences.

Les **opportunités d'interaction directe avec des orthophonistes pendant la formation sont limitées** et dépendent largement des initiatives individuelles ou des circonstances de stage. Bien que certains maîtres de stage organisent des journées d'observation avec des orthophonistes, ces expériences restent rares et non officialisées dans le cursus universitaire (Hannotte, 2022).

1.2.2. Connaissance sur la prise en soin orthophonique

Au cours des dernières années, plusieurs travaux de recherche, notamment des mémoires et des thèses de fin d'études, se sont penchés sur les connaissances des MG concernant l'orthophonie. Ces études ont systématiquement abouti à une conclusion similaire : **les MG estiment que leur formation initiale ne les a pas suffisamment informés sur le rôle et les compétences des orthophonistes.**

La thèse du Dr Alexis Hanotte, publiée en 2022, met en lumière un besoin commun exprimé par les médecins et les orthophonistes : approfondir leurs connaissances mutuelles sur plusieurs aspects clés de l'orthophonie. La thèse met également en avant le rôle primordial de la Formation Médicale Continue (FMC) dans l'amélioration des connaissances des médecins sur l'orthophonie. Les médecins ont exprimé un intérêt particulier pour des rencontres interactives avec des orthophonistes. Le Dr Hannotte propose des séminaires interprofessionnels et des ateliers pratiques pour permettre aux médecins d'observer des cas cliniques et d'interagir avec des orthophonistes. Il suggère également des supports de formation variés, incluant des ressources écrites et numériques, pour un apprentissage autonome. Des formations ciblées sur des pathologies spécifiques sont recommandées pour affiner les compétences diagnostiques. Enfin, des échanges réguliers entre les professions sont encouragés pour discuter de cas cliniques, favorisant ainsi une meilleure collaboration et compréhension des rôles de chacun.

La thèse du docteur Hannotte révèle plusieurs aspects importants concernant les connaissances et pratiques des MG sur les troubles de la déglutition :

Pertinence de la prise en soin orthophonique : Les MG reconnaissent la pertinence de l'orthophonie pour les troubles de la déglutition, mais les mentionnent moins souvent que des pathologies comme les AVC ou les troubles du langage lors des consultations.

Origine de la demande de bilan : Les MG initient plus fréquemment la demande de bilan orthophonique pour les troubles de la déglutition.

Tests de dépistage : Peu de MG pratiquent des tests spécifiques pour dépister les troubles de la déglutition.

Impact du manque de connaissances : Les orthophonistes estiment que le manque de connaissances des MG sur les troubles de la déglutition peut entraîner des retards dans la prise en soin. Ils soulignent l'importance d'une intervention précoce, notamment pour réduire les risques liés aux problèmes de déglutition dans les maladies neurodégénératives.

Besoins de formation : Les médecins expriment le souhait d'approfondir leurs connaissances sur les troubles de la déglutition. Ils considèrent ce domaine comme important dans le champ de compétences de l'orthophonie et nécessitent plus d'informations.

2. Questionnaire

Un tableau récapitulatif des réponses est présenté en annexe A2.

2.1. Données participants

Sur 19 réponses, seuls 8 questionnaires sont complets et ont été analysés. Les questionnaires incomplets n'ont pas été gardés car les participants se sont arrêtés dès la première ou deuxième question. Tous les participants sont des MG, majoritairement des Hauts-de-France (un en Nouvelle-Aquitaine), répartis équitablement entre milieux urbain et rural. 75% ont déjà suivi des PcP (majorité de MG en zone urbaine), contre 25% sans expérience (essentiellement des MG en zone rurale).

2.2. Besoins des médecins généralistes

La grande majorité des MG (87,5%) estime que leur formation en orthophonie est insuffisante pour prendre en soin les PcP. Tous les participants, y compris les 12,5% qui jugent leurs connaissances suffisantes, souhaitent approfondir leur expertise dans ce domaine. 87,5% des MG estiment manquer d'informations sur les techniques orthophoniques et le rôle de l'orthophoniste dans la prise en soin des PcP. Par ailleurs, 62,5% jugent insuffisantes leurs connaissances sur les stades de la maladie nécessitant une orientation vers l'orthophonie et sur les signes impliquant une rééducation orthophonique.

2.3. Connaissance des médecins généralistes

En présence de troubles avérés de la déglutition chez un PcP, les MG identifient d'autres professionnels, en dehors des orthophonistes, vers lesquels orienter leurs patients. Ainsi, 37,5 % des MG recommandent un ORL, 25 % un rhumatologue, et 12,5 % un ergothérapeute. Par ailleurs, en réponse libre, 50 % suggèrent un neurologue et 25 % un médecin généraliste. Aucun MG ne préconise une orientation vers un allergologue.

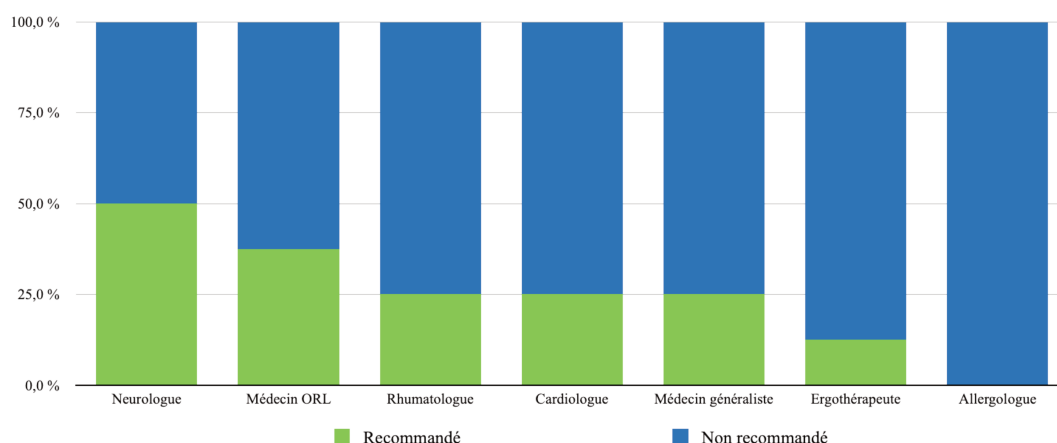


Figure 1 : Autres Professionnels de santé recommandés en cas de troubles avérés de la déglutition

Tous les participants au questionnaire ont reconnu l'étranglement aux liquides, les aliments solides coincés dans la gorge et une voix faible comme des signes d'un trouble de la déglutition. La majorité (75%) a également identifié d'autres indicateurs tels qu'un temps de repas prolongé, la fatigue et les pauses fréquentes pendant les repas, la perte de poids et la déshydratation. En revanche, la rigidité musculaire, bien qu'elle soit un symptôme fréquent de la MP, n'a été associée à

un trouble de la déglutition que par 37,5 % des MG. Après avoir pris connaissance des recommandations de la vignette clinique 3, qui soulignait que la rigidité musculaire constitue un indicateur pertinent de trouble de la déglutition, 87,5 % des participants ont identifié ce signe dans leurs réponses à la vignette clinique 4.

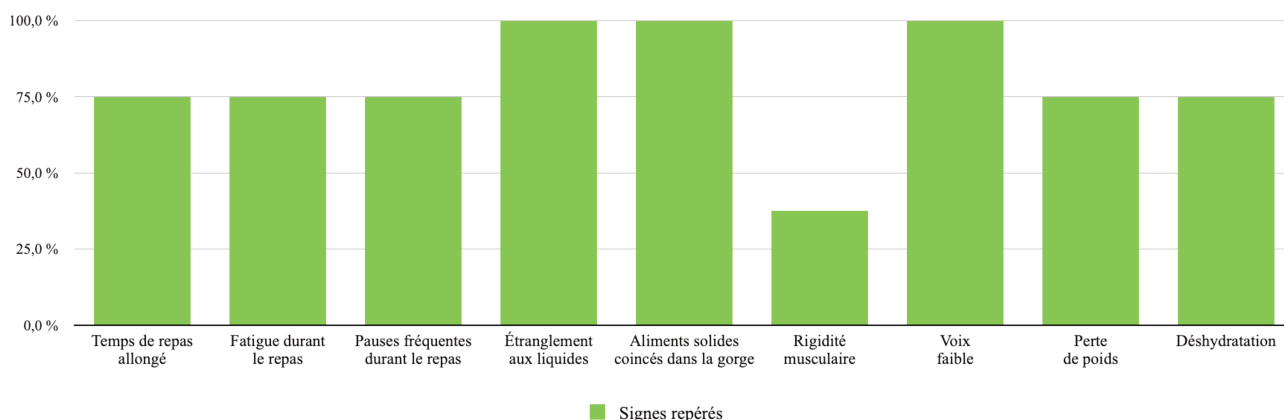


Figure 2 : Identification des signes d'un trouble de la déglutition

L'échelle UPDRS n'est connue que par 12,5% des participants. Dans l'identification des signes d'un trouble de la déglutition, une minorité de MG (37,5%) utilise le score de l'échelle UPDRS et reconnaît la rigidité musculaire comme un indicateur pertinent.

2.4. Stades d'adressage des patients

75% des participants n'ont jamais orienté de patients en orthophonie. 62,5% orientent parfois en orthophonie, 25% orientent souvent, et 12,5% n'orientent jamais. Tous les MG jugent nécessaire d'orienter en orthophonie les PcP aux stades avancé et modéré. Cependant, face à un cas concret de troubles modérés, seuls 37,5% recommandent cette orientation, et 70% pensent que les PcP ne sont pas orientés en orthophonie de manière suffisamment précoce. Pour les stades précoces, 87,5% des MG préconisent une prise en soin orthophonique, bien que les avis soient plus partagés pour les patients présentant peu de symptômes.

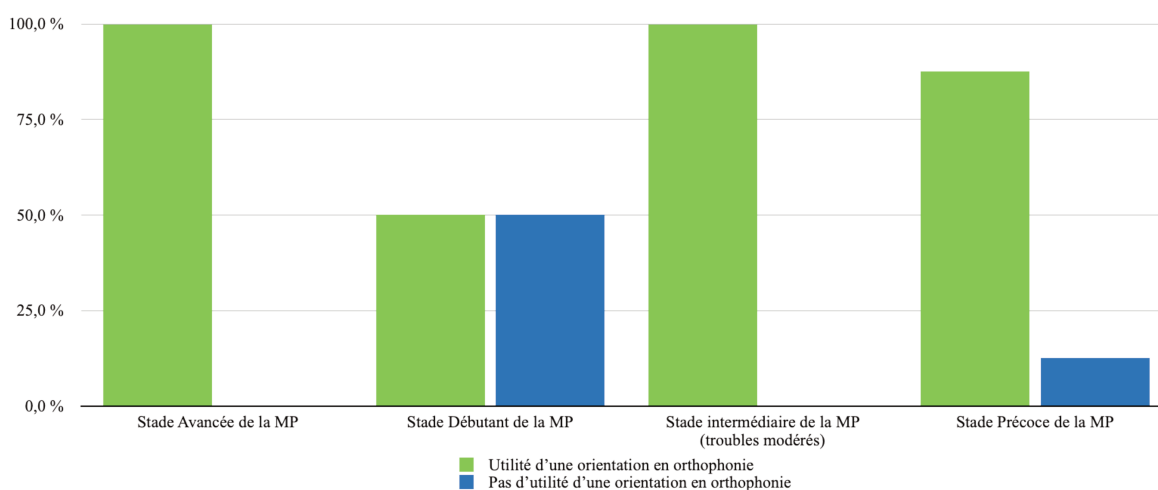


Figure 4 : Utilité d'une orientation orthophonique selon le stade de la MP

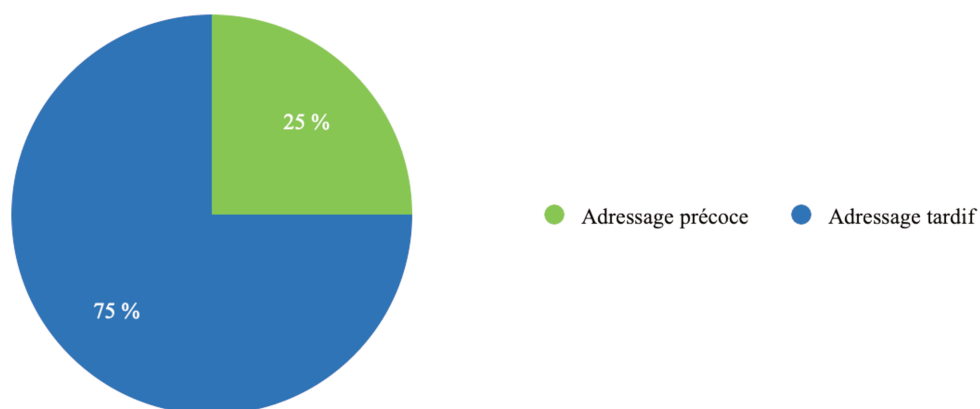


Figure 5 : Estimation de l'adressage en orthophonie du PcP au stade modéré de la MP

Les avis des MG sont partagés quant au moment optimal pour initier une prise en soin orthophonique chez les PcP : 50% la recommandent dès le diagnostic, tandis que 50% préconisent d'attendre l'aggravation des symptômes moteurs. Aucun MG ne limite cette intervention à l'apparition de troubles de la déglutition.

2.5. Utilité de ce questionnaire

Les recommandations présentées dans chaque vignette clinique ont été généralement jugées utiles par les participants. Cependant, pour les deux premières vignettes, qui traitaient de cas avancés de la maladie de Parkinson, quelques participants ont estimé que les recommandations n'étaient pas pertinentes.

Discussion

1. Rappel des objectifs et synthèse des résultats

1.1. Importance de la prise en soin précoce

1.1.1. Diagnostic

Le premier objectif de ce mémoire était de mettre en lumière l'intérêt d'une prise en soin orthophonique précoce des troubles de la déglutition dans la MP, en identifiant des moyens diagnostiques et des techniques de rééducation fiables, basés sur la littérature scientifique récente.

La revue de littérature confirme une **prévalence élevée** des troubles de la déglutition et son apparition potentiellement précoce, ce qui souligne l'importance cruciale d'une évaluation **systématique et régulière** de la déglutition chez tous les PcP, y compris ceux en phase débutante. En **sensibilisant les proches** à la détection précoce des signes, même en l'absence de troubles

avérés, cette approche proactive favorise une **vigilance collective**, contribuant ainsi à la sécurité alimentaire et au maintien de l'autonomie du patient. De plus, la **prévention s'avère être plus efficace** que le traitement des symptômes déjà installés. Une détection rapide des symptômes permettrait d'identifier et de traiter ces difficultés avant qu'elles ne s'aggravent, renforçant ainsi l'argument en faveur d'une intervention orthophonique précoce, dès le diagnostic de la MP.

Dans le diagnostic des troubles de la déglutition liés à la MP, il est essentiel de reconnaître une variété de signes et symptômes. Bien que souvent discrets au départ, ces signes doivent être identifiés rapidement pour éviter les complications et préserver la qualité de vie. Toutefois, **cette vigilance ne doit pas reposer uniquement sur les professionnels de santé** : les proches et les patients eux-mêmes ont un rôle à jouer. Informer clairement les familles dès le diagnostic est donc crucial. Le MG, en tant que premier interlocuteur, doit être en mesure de transmettre ces informations ou d'orienter vers un orthophoniste, dont le rôle préventif est central. Une telle approche permettrait de limiter l'apparition de troubles majeurs de la déglutition associés à des atteintes cognitives avancées, qui rendent la prise en soin plus complexe et moins efficace.

L'orthophonie nécessitant une prescription, le passage par le MG est incontournable. Il est donc essentiel que ce dernier soit sensibilisé aux troubles de la déglutition et à leur détection, d'autant que ce dépistage peut se faire simplement et sans méthode invasive. Des outils comme le DIGEST-FEES, plus souple que la vidéofluoroscopie, offre une évaluation précise des mécanismes de déglutition. Standardisé, utilisable par différents professionnels, y compris les MG, il permet un suivi régulier et la mise en place de prises en soin adaptées, favorisant une intervention plus efficace.

Au-delà des outils diagnostiques, les recherches récentes ont mis en lumière des corrélations significatives pour identifier précocement les troubles de la déglutition, améliorant ainsi leur détection et leur compréhension. Ces avancées facilitent une identification plus rapide et accessible. Le **lien entre les troubles de la déglutition et la rigidité musculaire** s'avère particulièrement pertinent pour le MG, qui est en mesure d'observer ce symptôme directement ou de l'identifier à travers un compte rendu neurologique basé sur l'échelle UPDRS. Il en est de même pour la **corrélation entre une baisse de l'intensité vocale et les troubles de la déglutition**. Une voix plus faible peut alerter l'entourage, et un professionnel de santé peut confirmer ce signe en mesurant un volume inférieur à 60 dB. Cette corrélation, valide même après ajustement des scores moteurs, renforce la pertinence de l'analyse vocale comme méthode simple, non invasive et économique pour un dépistage précoce. Elle permettrait d'orienter rapidement les patients vers une évaluation plus approfondie, limitant ainsi les risques de complications.

Également, l'utilisation d'outils comme l'EAT-10 ou l'EdFED gagne en efficacité lorsqu'elle est couplée à l'analyse de critères personnels tels que l'**âge**, le **niveau d'instruction** ou les **fonctions cognitives du patient**. Cette approche croisée permet une évaluation plus fine et ciblée des troubles de la déglutition.

Ces découvertes soulignent l'importance pour les cliniciens d'adopter une approche holistique dans l'évaluation et le traitement des troubles de la déglutition chez les PcP. **En prenant en compte l'âge, le niveau d'éducation, les capacités cognitives, l'intensité vocale et les symptômes**

moteurs de la maladie, les professionnels de santé peuvent identifier plus efficacement les patients à risque. Cette approche globale permet de mettre en place des interventions précoces et personnalisées, contribuant ainsi au maintien de l'indépendance et de la qualité de vie des patients.

1.1.2. Complications liées à la maladie et connaissances des patients

Un lien clair a été établi entre la présence de résidus dans les sinus pyriformes, la perte prématurée de bolus et le risque accru d'infections respiratoires, impactant également la nutrition et l'hydratation des patients. Ces complications, particulièrement préoccupantes chez les patients âgés ou à un stade avancé de la maladie, soulignent la nécessité d'une approche individualisée et d'une intervention rapide.

Toutefois, la focalisation sur les symptômes moteurs, tels que les tremblements et la rigidité, tend à reléguer au second plan d'autres manifestations de la maladie, dont les troubles de la déglutition, pourtant aux conséquences graves sur le plan médical, émotionnel et cognitif. L'étude de Yao et al. (2023), met en évidence la réticence des patients à engager une prise en soin précoce, malgré l'impact avéré de ces troubles sur leur santé. Ce constat appelle à une **sensibilisation accrue et à des actions éducatives ciblées.**

L'éducation des patients, des familles et des soignants sur les signes des troubles de la déglutition et des infections respiratoires est essentielle pour prévenir les complications sévères, voire mortelles. Une détection précoce permet d'anticiper ces risques et d'**adapter l'alimentation afin de garantir un apport nutritionnel suffisant.** Il est essentiel d'adapter l'alimentation en fonction de la gravité des troubles, mais **l'objectif principal reste de prévenir une telle nécessité.** En effet, un régime composé exclusivement d'aliments mixés peut s'avérer peu attrayant, ce qui risque d'accentuer le refus de s'alimenter, de compromettre les apports nutritionnels et de détériorer davantage la qualité de vie des PcP.

L'association d'une évaluation spécialisée, d'interventions adaptées et d'une prise en soin interdisciplinaire impliquant neurologues, médecins généralistes, orthophonistes et autres professionnels de santé est donc primordiale pour optimiser la qualité de vie des patients et limiter les conséquences graves des troubles de la déglutition.

1.1.3. Rééducation

Dans la prise en soin des troubles de la déglutition chez les PcP, une approche globale est essentielle. L'éducation du patient et de ses proches, notamment sur l'hygiène buccale et la prévention des FR, en est un élément clé. Le consensus de 2020 montre d'ailleurs l'importance d'une prise en soin cohérente, adaptée aux besoins spécifiques du patient, et multidimensionnelle.

Rangwala et al. (2023) mettent en évidence des schémas respiratoires atypiques liés à la déglutition, augmentant le risque d'inhalation et de complications. Ces données renforcent l'intérêt d'une évaluation précise et d'interventions orthophoniques ciblées pour sécuriser la déglutition. Bien que l'adaptation des textures alimentaires puisse constituer une solution efficace pour sécuriser les repas, elle doit être envisagée avec prudence afin d'éviter des effets secondaires indésirables, tels qu'une diminution de l'appétence ou une altération des apports nutritionnels.

Une prise en soin orthophonique précoce permet également d’optimiser les bénéfices des interventions thérapeutiques. En effet, leur efficacité dépend des capacités cognitives du patient. La progression de la MP entraîne souvent des troubles cognitifs, comme un ralentissement cognitif et des déficits exécutifs, qui peuvent affecter la mémoire et l’apprentissage, limitant ainsi l’engagement du patient dans les exercices proposés ainsi que l’impact des stratégies rééducatives.

Cette réalité souligne la nécessité d'un dépistage précoce et rigoureux des troubles de la déglutition. **Une détection rapide permet d'intervenir avant que les déficits cognitifs n'entravent trop la prise en soin**, tout en préservant la qualité de vie du patient. Agir tôt permet de réduire l'impact fonctionnel des troubles tout en minimisant les solutions compensatoires lourdes et stigmatisantes, maintenant ainsi un équilibre entre sécurité alimentaire, plaisir gustatif et autonomie à long terme.

1.2. Connaissances des médecins généralistes

1.2.1. Revue de littérature

Les investigations sur la formation des MG concernant l’orthophonie ont révélé une certaine opacité, notamment en ce qui concerne l’accès aux programmes d’enseignement et leurs contenus détaillés. Cette difficulté à obtenir des informations précises rend complexe l’évaluation de la place accordée à l’orthophonie dans leur cursus. Cependant, les données disponibles suggèrent que cette formation initiale reste insuffisante et non systématique, engendrant des lacunes importantes dans la compréhension du rôle et des compétences des orthophonistes.

Ces insuffisances dans la formation médicale soulèvent une problématique majeure : elles peuvent compromettre l’identification rapide des patients nécessitant une prise en soin orthophonique. Une connaissance limitée du champ d’intervention des orthophonistes peut conduire les MG à sous-évaluer ou à ne pas reconnaître certaines situations cliniques justifiant une orientation. En conséquence, le début d’une thérapie adaptée peut être retardé, ce qui peut nuire aux résultats thérapeutiques et à la qualité de vie des patients.

L’étude de Hanotte. (2022) met en lumière la nécessité pour les médecins de mieux appréhender les domaines d’expertise des orthophonistes, ainsi que les critères permettant d’orienter les patients vers une prise en soin orthophonique. Elle souligne également l’importance de maîtriser les méthodes de dépistage, particulièrement dans le cas de troubles complexes tels que ceux de la déglutition. Ces troubles suscitent un intérêt particulier chez les MG, probablement en raison des conséquences graves qu’ils peuvent entraîner, notamment sur le plan nutritionnel et respiratoire. L’étude révèle également que les médecins manifestent un intérêt accru pour des rencontres interactives avec des orthophonistes, considérant ces échanges comme une opportunité précieuse pour enrichir leur pratique clinique et leur compréhension du domaine.

Ces observations mettent en évidence la nécessité d’améliorer la formation initiale et continue des MG sur le rôle de l’orthophoniste et les troubles de la déglutition.

1.2.2. Questionnaire

Les résultats du questionnaire montrent des différences notables dans l'expérience des MG selon leur lieu d'exercice. En milieu urbain, 75 % des MG ont suivi des PcP, contre seulement 25 % en milieu rural, suggérant un potentiel accès inégal aux soins.

Un autre constat marquant réside dans l'insatisfaction généralisée des MG concernant leur formation sur l'orthophonie. La majorité se sent insuffisamment formée et souhaite approfondir ses connaissances, notamment sur les techniques orthophoniques (87,5 %) et les stades de la maladie nécessitant une orientation (62,5 %). Ces lacunes soulignent la nécessité de renforcer leur formation sur le rôle de l'orthophonie dans la prise en soin des PcP.

Sur le plan clinique, les médecins montrent des capacités d'identification de certains signes évidents de trouble de la déglutition. Cependant, la compréhension de signes reconnus récemment par la littérature scientifique reste fragile : avant lecture des vignettes cliniques, seuls 37,5 % associent spontanément la rigidité musculaire à un trouble de la déglutition. Ce chiffre atteint 87,5 % après sensibilisation, ce qui souligne l'apport pédagogique du questionnaire, mais aussi le biais induit par sa structure. De plus, un outil fondamental comme l'échelle UPDRS, pourtant central dans l'évaluation des symptômes moteurs de la maladie, demeure largement méconnu.

Les pratiques d'orientation en orthophonie traduisent également un écart entre les intentions affichées et la réalité du terrain. Si tous les participants reconnaissent la nécessité d'orienter les PcP aux stades modéré et avancé, ils ne sont que 37,5 % à le faire face à un cas concret de troubles modérés. Cette incohérence entre les convictions théoriques et les décisions cliniques souligne un manque d'outils décisionnels ou de repères clairs dans la pratique. Par ailleurs, 70 % des médecins estiment que les orientations vers l'orthophonie sont trop tardives. Si une prise en soin dès les premiers signes est largement préconisée (87,5 %), les avis demeurent partagés dès lors que les symptômes sont peu marqués.

Enfin, les praticiens sont divisés sur le moment de débiter une intervention orthophonique : certains privilégient un suivi dès le diagnostic, tandis que d'autres attendent l'apparition de symptômes moteurs significatifs. Cette divergence souligne un besoin de recommandations cliniques plus claires et consensuelles.

En somme, cette analyse met en lumière plusieurs enjeux clés : un déficit de formation spécifique des MG sur l'orthophonie, une méconnaissance persistante des signes avant-coureurs et des outils d'évaluation comme l'UPDRS, ainsi qu'un décalage entre les intentions et les pratiques en matière d'orientation des patients. Si le questionnaire a indéniablement joué un rôle formateur, ses limites méthodologiques invitent à repenser l'accompagnement pédagogique des professionnels de santé pour améliorer la prise en soin globale des PcP.

2. Limites de l'étude

2.1. Limites de la revue de littérature

Ce mémoire ne détaille pas la méthodologie d'évaluation des troubles de la déglutition par les orthophonistes. Il se concentre sur l'importance d'une prise en soin précoce, facilitée par l'orientation des patients par les MG. La section dédiée au diagnostic aborde les signes précoces identifiables par les MG ou l'entourage, plutôt que les méthodes spécifiques des orthophonistes. Une partie présente néanmoins les techniques de rééducation pour illustrer l'impact de l'intervention orthophonique.

Concernant l'étude sur le dépistage des troubles de la déglutition via l'intensité vocale, certaines limites méthodologiques méritent d'être soulignées. En effet, l'absence d'accès à l'intégralité de l'étude observationnelle limite la capacité à évaluer rigoureusement sa méthodologie et ses résultats. Malgré cela, le seuil à 93 % de valeur prédictive reste un indicateur intéressant : une intensité vocale inférieure à 60 dB est associée à une probabilité significativement accrue de détecter un trouble de la déglutition, justifiant son utilisation comme critère potentiel de dépistage.

Par ailleurs, bien que certaines interventions orthophoniques montrent des résultats prometteurs, la base de preuves actuelle demeure insuffisante pour établir des recommandations robustes et universelles. Cela souligne la nécessité d'une approche individualisée et prudente dans la rééducation des troubles de la déglutition chez les PcP, tout en encourageant le développement et l'évaluation rigoureuse de nouvelles stratégies thérapeutiques.

En ce qui concerne les études incluses dans cette revue de littérature, une grande partie repose sur des méta-analyses, ce qui confère un haut niveau de preuve théorique et renforce leur qualité globale. Cependant, le nombre limité d'études disponibles sur le sujet réduit leur fiabilité statistique et leur portée clinique. Bien que ces travaux constituent une base solide pour orienter les pratiques actuelles, il apparaît évident que davantage d'études sont nécessaires pour établir une prise en soin standardisée et optimale.

Enfin, il convient également de souligner une limite méthodologique importante dans ce mémoire : les données concernant les attentes et besoins des MG reposent principalement sur des mémoires ou thèses issues de la littérature grise, sources de faible niveau de preuve scientifique.

2.2. Limites du questionnaire

Parmi les 19 questionnaires recueillis, seuls huit ont été suffisamment complets pour être exploités, ce qui limite la portée statistique des résultats et appelle à une interprétation prudente des données.

L'analyse met en évidence une perception contrastée chez les MG concernant l'orientation des PcP vers l'orthophonie dès les premiers stades de la maladie. Si les réponses sont plutôt réservées face à une prise en soin orthophonique au stade débutant (caractérisé par des symptômes discrets), elles deviennent progressivement plus affirmatives pour les stades suivants. Tous les participants recommandent une orientation dès le stade précoce, ce qui contraste avec les réponses

plus nuancées concernant le stade débutant. Ce glissement progressif pourrait être attribué à l'ordre de présentation des vignettes cliniques et des recommandations dans le questionnaire, introduisant ainsi un biais méthodologique. En dehors de ce contexte guidé, il est probable que certains MG n'adopteraient pas spontanément une orientation systématique dès les stades précoces. Toutefois, dans la mesure où l'objectif principal du questionnaire était pédagogique, ce biais peut être considéré comme révélateur de son efficacité : le consensus en faveur d'une orientation au stade précoce témoigne d'une sensibilisation réussie aux bénéfices d'une prise en soin anticipée.

Une autre observation concerne la cohérence des réponses. Si 25 % des répondants déclarent n'avoir jamais suivi de PcP, seulement 12,5 % affirment n'en avoir jamais orienté vers l'orthophonie. Cette discordance peut traduire une incompréhension des questions, ou une confusion entre les types de patients concernés. Il est, par exemple, possible qu'un médecin ayant orienté des patients en orthophonie ait répondu en pensant à d'autres pathologies que la MP.

Les recommandations incluses dans le questionnaire ont été jugées utiles même par ceux qui identifiaient déjà les principaux signes de troubles de la déglutition. Néanmoins, la seule thématique du questionnaire est en soi un facteur de biais. Elle peut inciter les participants à accorder une place exagérée à l'orientation orthophonique, influencés par le contexte d'évaluation. De plus, le format en QCM, en suggérant les bonnes réponses, oriente la réflexion et réduit la spontanéité des réponses. Une approche plus ouverte, par le biais de questions libres, aurait permis de mieux évaluer les connaissances réelles des participants.

Enfin, certains comportements de réponse interrogent sur l'attention portée à l'exercice. L'un des participants, par exemple, a coché systématiquement l'ensemble des réponses pour chaque question à choix multiples, laissant supposer soit une précipitation, soit une incertitude générale masquée par une stratégie d'évitement. D'autres incohérences, comme le fait de déclarer ne pas avoir de PcP dans sa patientèle tout en affirmant orienter des patients en orthophonie, suggèrent des incompréhensions possibles ou un manque de clarté dans la formulation de certaines questions.

Dans l'ensemble, malgré ses limites méthodologiques, le questionnaire a rempli sa fonction formative, en attirant l'attention des MG sur des aspects parfois négligés de la prise en soin orthophonique dans la MP. Toutefois, ces résultats doivent être interprétés avec prudence, en tenant compte des biais induits par le format, le contexte et la compréhension variable des consignes.

2.3. Limites formatives et informatives

La formation des MG en matière d'orthophonie semble encore largement insuffisante, ce qui constitue une problématique récurrente. Bien que de nombreux mémoires aient été publiés ces dernières années pour évaluer les connaissances des MG sur le rôle et les compétences des orthophonistes, il est légitime de s'interroger sur les solutions concrètes et les changements qui en découlent. À ce jour, peu d'évolutions significatives semblent avoir émergées, laissant subsister un décalage entre l'identification des lacunes et la mise en œuvre de mesures correctives efficaces.

Un autre constat concerne l'utilisation croissante de questionnaires dans les mémoires visant à interroger les professionnels de santé. Si cette méthode permet de recueillir des données

précieuses, elle se heurte à une contrainte majeure : le temps limité que ces professionnels peuvent consacrer à répondre à ces sollicitations. De même, la diffusion de fiches d'informations issues de travaux universitaires, bien qu'intentionnée, pose la question de leur impact réel. En effet, dans un contexte où une multitude de fiches sont susceptibles d'être distribuées aux professionnels, il est difficile de garantir que celles-ci soient consultées et utilisées efficacement. La surcharge d'informations peut réduire leur portée et leur utilité pratique.

Dans ce mémoire, l'idée d'un questionnaire formatif basé sur des vignettes cliniques semblait pertinente pour offrir une double fonction : informer directement les MG tout en collectant des données utiles à l'analyse. Ce format avait le potentiel d'être interactif et engageant, tout en favorisant une meilleure compréhension des situations cliniques nécessitant une orientation vers l'orthophonie. Cependant, sa diffusion à grande échelle a été limitée par des contraintes logistiques et temporelles. Le manque de ressources et l'absence de contacts stratégiques pour étendre la portée du questionnaire ont freiné son impact potentiel.

Ces limites mettent en lumière la nécessité d'une approche plus structurée et coordonnée pour améliorer la sensibilisation des MG.

3. Amélioration des pratiques : propositions et perspectives

3.1. Amélioration de la formation

Afin d'améliorer la formation des MG, une sensibilisation aux troubles de la déglutition et au rôle de l'orthophoniste semble pertinente. Cela permettrait non seulement une prise en soin plus précoce et efficace, mais aussi une meilleure collaboration entre médecins et orthophonistes. Intégrer ces éléments dans leur cursus aiderait à réduire les retards d'orientation et à améliorer le parcours de soin, notamment pour les pathologies nécessitant une intervention rapide. Une telle approche favoriserait une prise en soin plus cohérente et adaptée aux besoins des patients.

3.2. Amélioration de l'information

Améliorer l'information sur les troubles de la déglutition et le rôle de l'orthophoniste nécessite des stratégies interactives et engageantes. Les méthodes traditionnelles, comme les fiches informatives ou questionnaires, sont limitées, surtout avec le temps restreint des MG. Il est donc crucial d'opter pour des approches plus dynamiques, favorisant l'interaction et l'échange.

3.2.1. Sensibilisation directe

Une solution pertinente consisterait à organiser des activités de prévention en collaboration avec les Communautés Professionnelles Territoriales de Santé (CPTS). Ces structures, dotées de budgets dédiés à la prévention et à la formation interprofessionnelle, offrent un cadre idéal pour sensibiliser les MG au rôle crucial de l'orthophoniste dans la prise en soin précoce des PcP. Une intervention ciblée pourrait inclure une présentation interactive sur les signes précoces des troubles de la déglutition, les critères d'orientation vers un orthophoniste, et les domaines d'expertise de l'orthophonie, suivie d'un temps d'échange pour les questions. Des témoignages d'un médecin ayant collaboré avec l'orthophoniste ajouteraient une dimension pratique, illustrant l'intérêt clinique et

organisationnel de cette collaboration. Enfin, pour toucher un plus large public, des affiches informatives seraient diffusées dans les cabinets médicaux et maisons de santé.

L'association France Parkinson pourrait également jouer un rôle clé dans la diffusion de ces informations. En organisant des journées thématiques réunissant professionnels de santé, patients et aidants, elle permettrait une sensibilisation globale aux enjeux des troubles de la déglutition dans la MP. Ces événements offriraient un espace propice aux échanges interdisciplinaires tout en impliquant directement les patients et leurs proches, souvent premiers témoins des signes précoces.

3.2.2. Mobilisation proactive des orthophonistes

Au-delà des initiatives collectives, il est crucial que chaque orthophoniste adopte une démarche proactive auprès des MG prescripteurs. Lorsqu'un patient atteint de MP est adressé en cabinet, l'orthophoniste pourrait contacter le médecin prescripteur pour s'assurer qu'il dispose d'informations suffisantes sur les troubles de la déglutition. Cette démarche pourrait inclure un contact direct (appel téléphonique pour échanger brièvement sur le cas du patient tout en partageant des informations clés sur les signes à surveiller), ainsi qu'un suivi écrit. Pour donner un exemple, une fiche informative, créée à partir des résultats de ce mémoire, a été ajoutée en annexe A3. Ce type d'action ciblée garantit que les prochains patients soient orientés plus précocement.

L'efficacité d'une stratégie informative dépend de son adaptation aux besoins des professionnels. Contrairement aux outils passifs comme les fiches informatives, potentiellement ignorées faute de temps, une approche interactive permet de transmettre des connaissances et de convaincre. L'interaction directe lors de réunions ou échanges permet d'expliquer, argumenter et répondre aux objections, ce qu'un document écrit ne peut faire. Les fiches ou affiches devraient alors être utilisées comme un complément à une information préalablement transmise, ou à une sensibilisation déjà effectuée auprès des praticiens, afin de maximiser leur impact et leur efficacité.

Il est évident que les pratiques actuelles ne suffisent pas à résoudre le problème du retard dans l'orientation des PcP vers une prise en soin orthophonique. Les troubles de la déglutition ne représentent qu'une partie du champ d'intervention tant pour les MG que pour les orthophonistes, ce qui peut expliquer leur faible priorité dans certaines situations. Toutefois, cela ne doit pas conduire au fatalisme. En repensant la manière dont l'information est diffusée (par des approches directes, interactives et adaptées aux réalités du terrain) il est possible d'engendrer un véritable changement.

Pour maximiser son impact, cette dynamique pourrait être étendue à l'échelle régionale grâce à une coordination entre CPTS, associations comme France Parkinson et réseaux professionnels locaux. Une telle approche permettrait non seulement une meilleure sensibilisation mais aussi une harmonisation des pratiques entre territoires.

En somme, améliorer l'information sur les troubles de la déglutition dans la MP nécessite une mobilisation collective combinée à des actions individuelles ciblées. Les orthophonistes ont ici un rôle central à jouer : non seulement en initiant ces démarches mais aussi en s'assurant que chaque interaction avec un MG contribue à renforcer ses connaissances et sa vigilance face à ces troubles. C'est par cette combinaison d'efforts locaux et globaux qu'il serait possible d'améliorer significativement le parcours de soin des PcP.

Conclusion

La MP, deuxième pathologie neurodégénérative la plus courante, présente des enjeux croissants, notamment en raison des troubles de la déglutition souvent négligés, mais susceptibles d'entraîner des complications graves et d'affecter la qualité de vie des patients.

Ce mémoire visait à souligner l'importance d'une prise en soin orthophonique précoce des troubles de la déglutition, tout en sensibilisant les MG à cette problématique. Les troubles de la déglutition dans la MP se manifestent fréquemment avant les symptômes moteurs, ce qui rend leur détection précoce cruciale pour prévenir des complications telles que la dénutrition, les infections respiratoires et les troubles psychosociaux.

Pour arriver à un diagnostic de trouble de la déglutition, il est nécessaire d'identifier une variété de signes et de symptômes. Cela implique de renforcer la vigilance collective : celle des professionnels de santé, des patients eux-mêmes et de leur entourage. Pour le diagnostic, il existe des méthodes fiables comme la vidéofluoroscopie, et plus récemment, des outils innovants et accessibles aux MG, tels que le DIGEST-FEES. Par ailleurs, la connaissance de certaines corrélations significatives peut guider vers un diagnostic non invasif : rigidité musculaire, intensité vocale inférieure à 60 dB, âge avancé, faible niveau d'éducation ou encore altération des capacités cognitives. De plus, la rééducation orthophonique offre des solutions efficaces si elle intervient suffisamment tôt.

La formation des MG en orthophonie reste toutefois insuffisante, avec des retards dans l'orientation des patients vers les orthophonistes. Ce déficit de formation, couplé à une méconnaissance des signes précoces, entraîne une prise en soin tardive. Les résultats au questionnaire révèlent l'insatisfaction des MG concernant leur formation en orthophonie et leur désir d'améliorer leurs compétences, qui pourrait se faire notamment grâce à des formations continues et des échanges interprofessionnels. Pour remédier à cette situation, il est essentiel de sensibiliser les MG aux troubles de la déglutition dès leur formation initiale, et de promouvoir des stratégies interactives, comme des activités de prévention en collaboration avec les CPTS et des associations telles que France Parkinson. Une approche proactive des orthophonistes, ainsi qu'une meilleure coordination interprofessionnelle, pourrait améliorer l'orientation précoce des patients et optimiser leur parcours de soin.

Bibliographie

Azulay, J.-P., & Witjas, T. (2020). Signes non moteurs. In L. Defebvre, *La maladie de Parkinson* (4e édition). Elsevier, Masson.

Baldanzi, C., Crispiatico, V., Fusari, G., Saibene, F. L., Arcuri, P., Meloni, M., Cattaneo, D., & Vitali, C. (2024). Correlation between voice intensity and swallowing function in subjects with Parkinson's disease. *Neurological sciences : official journal of the Italian Neurological Society and of the Italian Society of Clinical Neurophysiology*, 10.1007/s10072-024-07782-4. Advance online publication. <https://doi.org/10.1007/s10072-024-07782-4>

Bayen, S., Devos, D., Messaadi, W., Moreau, C., Defebvre, L., Tilly, A., & Messaadi, N. (2020). Pas à pas : Diagnostic précoce et suivi de la maladie de Parkinson en médecine générale. *Exercer*, 31(168), 459-465. <https://doi.org/10.56746/EXERCER.2021.168.459>

Bleton, J.-P. (2020). Rééducation. In L. Defebvre, *La maladie de Parkinson* (4e édition). Elsevier, Masson.

Chrysostome, V., & Tison, F. (s. d.). Chapitre 1 Épidémiologie. In L. Defebvre, *La maladie de Parkinson* (4e édition). Elsevier, Masson.

Defebvre, L. (2020). *La maladie de Parkinson* (4e édition). Elsevier, Masson.

Direction des maladies non transmissibles et traumatismes (DMNTT), Santé publique France, & Direction de la prévention-promotion de la santé (DPPS), Santé publique France. (2022). *Enjeux sanitaires de l'avancée en âge—Épidémiologie des maladies chroniques liées à la perte d'autonomie et déterminants de ces maladies à mi-vie*. Santé Publique France. file:///Users/clemhtr/Downloads/572588_spf00003829.pdf

Dorsey, E. R., Elbaz, A., Nichols, E., Abbasi, N., Abd-Allah, F., Abdelalim, A., Adsuar, J. C., Ansha, M. G., Brayne, C., Choi, J.-Y. J., Collado-Mateo, D., Dahodwala, N., Do, H. P., Edessa, D., Endres, M., Fereshtehnejad, S.-M., Foreman, K. J., Gankpe, F. G., Gupta, R., ... Murray, C. J. L. (2018). Global, regional, and national burden of Parkinson's disease, 1990–2016 : A systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2016. *The Lancet Neurology*, 17(11), 939-953. [https://doi.org/10.1016/S1474-4422\(18\)30295-3](https://doi.org/10.1016/S1474-4422(18)30295-3)

Drapier, S., & Frismand-Kryloff. (2020). Stratégies médicamenteuses antiparkinsoniennes. In L. Defebvre, *La maladie de Parkinson* (4e édition). Elsevier, Masson.

Fénelon, G., Houeto, J.-L., & Robert, G. (2020). Troubles psychiques et comportementaux. In L. Defebvre, *La maladie de Parkinson* (4e édition). Elsevier, Masson.

Flynn, E., Smith, C. H., Walsh, C. D., & Walshe, M. (2018). Modifying the consistency of food and fluids for swallowing difficulties in dementia. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2018(9). <https://doi.org/10.1002/14651858.CD011077.pub2>

Gandhi, P., Peladeau-Pigeon, M., Simmons, M., & Steele, C. M. (2023). Exploring the Efficacy of the Effortful Swallow Maneuver for Improving Swallowing in People With Parkinson Disease—A Pilot Study. *Archives of Rehabilitation Research and Clinical Translation*, 5(3), 100276. <https://doi.org/10.1016/j.arret.2023.100276>

Gandhi, P., & Steele, C. M. (2022). Effectiveness of Interventions for Dysphagia in Parkinson Disease : A Systematic Review. *American Journal of Speech-Language Pathology*, 31(1), 463-485. https://doi.org/10.1044/2021_AJSLP-21-00145

Hannotte, A. (2022). *Regards croisés entre médecins généralistes et orthophonistes : connaissances des médecins généralistes sur l'orthophonie et attentes en termes de formation*.

HAS. (2016). *GUIDE DU PARCOURS DE SOINS Maladie de Parkinson*. https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2012-04/guide_parcours_de_soins_parkinson.pdf

Hirano, M., Samukawa, M., Isono, C., Kusunoki, S., & Nagai, Y. (2024). The effect of rasagiline on swallowing function in Parkinson's disease. *Heliyon*, 10(1), e23407. <https://doi.org/10.1016/j.heliyon.2023.e23407>

Jung, J. S., Jeon, H., Oh, B.-M., & Seo, H. G. (2023). Clinical and Swallowing Characteristics Related With Respiratory Infection in Parkinsonism Patients. *Annals of Rehabilitation Medicine*, 47(2), 138-146. <https://doi.org/10.5535/arm.22152>

Labeit, B., Lapa, S., Muhle, P., Suntrup-Krueger, S., Claus, I., Gandor, F., Ahring, S., Oelenberg, S., Dziewas, R., & Warnecke, T. (2024). Validation of the DIGEST-FEES as a Global Outcome Measure for Pharyngeal Dysphagia in Parkinson's Disease. *Dysphagia*, 39(4), 697-704. <https://doi.org/10.1007/s00455-023-10650-6>

Les études de santé : Les études de médecines. (2024). *Onisep*. <https://www.onisep.fr/formation/les-principaux-domaines-de-formation/les-etudes-de-sante/les-etudes-de-medecine>

López-Liria, R., Parra-Egeda, J., Vega-Ramírez, F. A., Aguilar-Parra, J. M., Trigueros-Ramos, R., Morales-Gázquez, M. J., & Rocamora-Pérez, P. (2020). Treatment of Dysphagia in Parkinson's

Disease: A Systematic Review. *International journal of environmental research and public health*, 17(11), 4104. <https://doi.org/10.3390/ijerph17114104>

Maladie de Parkinson – Santé publique France. (s. d.). <https://www.santepubliquefrance.fr/maladies-et-traumatismes/maladies-liees-au-travail/maladie-de-parkinson/donnees/>

Moreau, C., & Defebvre, L. (2020). Signes moteurs et critères diagnostiques. In L. Defebvre, *La maladie de Parkinson* (4e édition). Elsevier, Masson.

Nakamori, M., Toko, M., Yamada, H., Hayashi, Y., Ushio, K., Yoshikawa, K., Haruta, A., Hiraoka, A., Yoshikawa, M., Nagasaki, T., Mikami, Y., & Maruyama, H. (2024). Association between motor symptoms of Parkinson's disease and swallowing disorders. *Neurological Sciences*, 45(5), 2021-2026. <https://doi.org/10.1007/s10072-023-07238-1>

Patel, B., Legacy, J., Hegland, K. W., Okun, M. S., & Herndon, N. E. (2020). A comprehensive review of the diagnosis and treatment of Parkinson's disease dysphagia and aspiration. *Expert Review of Gastroenterology & Hepatology*, 14(6), 411-424. <https://doi.org/10.1080/17474124.2020.1769475>

Pinto, S., Ghio, A., Teston, B., & Viallet, F. (2010). La dysarthrie au cours de la maladie de Parkinson. Histoire naturelle de ses composantes : Dysphonie, dysprosodie et dysarthrie. *Revue Neurologique*, 166(10), 800-810.

Ponsoni, A., Costa, F. P., Soares, V. N., Santos, C. G. S., & Mourão, L. F. (2024). Sensitivity and specificity of the EAT-10 and SDQ-DP in identifying the risk of dysphagia in Parkinson's disease. *Arquivos de Neuro-Psiquiatria*, 82(02), 001-008. <https://doi.org/10.1055/s-0044-1779055>

Portrait de chercheur : Caroline Moreau. (2022). *Fondation pour la Recherche Médicale*. <https://www.frm.org/fr/actualites/caroline-moreau>

Rangwala, R., Saadi, R., Lee, J. J., Reedy, E. L., Kantarcigil, C., Roberts, M., & Martin-Harris, B. (2023). Respiratory-Swallow Coordination in Individuals with Parkinson's Disease: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Journal of Parkinson's Disease*, 13(5), 681-698. <https://doi.org/10.3233/JPD-230057>

Sabadell, V., Tcherniack, V., Michalon, S., Kristensen, N., & Renard, A. (2022). *Pathologies neurologiques : Bilans et interventions orthophoniques* (De Boeck supérieur, Éd.; [2e édition revue et augmentée]).

Tcherniack, V. (2022). La dysgraphie parkinsonienne : Un modèle de bilan et d'intervention. In De Boeck supérieur (Éd.), *Pathologies neurologiques : Bilans et interventions orthophoniques* ([2e édition revue et augmentée]).

Tosun, S., Karali, F. S., Kacar Kutukcu, D., Cinar, N., Kendirli, S., Sen Aksut, M., Albayrak, I., & Celik, Y. (2024). Assessment of swallowing performance in patients with neurodegenerative disease : A hierarchical cluster analysis. *Brain and Behavior*, 14(9), e70005. <https://doi.org/10.1002/brb3.70005>

Vérin, M., & Fraix, V. (2020). Traitements de recours. In L. Defebvre, *La maladie de Parkinson* (4e édition). Elsevier, Masson.

Winiker, K., & Kertscher, B. (2023). Behavioural interventions for swallowing in subjects with Parkinson's disease : A mixed methods systematic review. *International Journal of Language & Communication Disorders*, 58(4), 1375-1404. <https://doi.org/10.1111/1460-6984.12865>

Usage de l'intelligence artificielle pour la reformulation de phrases

<https://chatgpt.com/>

<https://www.perplexity.ai/>

Liste des annexes

Annexe n°1 : Questionnaire.

Annexe n°2 : Tableau récapitulatif des réponses aux vignettes cliniques du questionnaire formatif.

Annexe n°3 : Fiche informative - Repérage des signes d'un trouble de la déglutition et orientation en orthophonie.

Annexe n°4 : Autorisation DPO.

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



ANNEXES

DU PROJET MEMOIRE

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

Clémentine HAUTEREAU

**Prise en soin orthophonique précoce des
troubles de la déglutition dans la maladie de
Parkinson : état des lieux des connaissances des
médecins.**

MEMOIRE dirigé par

Sabine BAYEN, Médecin généraliste, MD, PhD, MCU-MG, Enseignante chercheuse,
Université de Lille, Guesnain

Caroline MOREAU, Professeur de neurologie, Praticienne au Centre expert Parkinson,
Enseignante chercheuse, Université de Lille, CHU Hôpital Roger Salengro, Lille

Annexe 1 : Questionnaire

Questionnaire Formatif sur l'Orientation des Patients Parkinsoniens vers l'Orthophonie : Pratiques et Délais

Bonjour, je suis Clémentine HAUTEREAU, étudiante en orthophonie. Dans le cadre de mon mémoire, je réalise un questionnaire sur la prise en soin orthophonique précoce des troubles de la déglutition dans la maladie de Parkinson. Il s'agit d'une recherche scientifique ayant pour but d'étudier le stade d'adressage des patients atteints de la maladie de Parkinson en orthophonie, et de déterminer si l'orientation pour les troubles de la déglutition est tardive. Si vous le souhaitez, je vous propose de participer à l'étude. Pour y répondre, vous devez être médecin généraliste. Ce questionnaire est facultatif, confidentiel et il ne vous prendra que 10 minutes seulement ! Ce questionnaire n'étant pas identifiant, il ne sera donc pas possible d'exercer ses droits d'accès aux données, droit de retrait ou de rectification. Pour assurer une sécurité optimale vos réponses ne seront pas conservées au-delà de la soutenance du mémoire/thèse. Merci à vous!

Ce questionnaire repose sur une approche de Développement Professionnel Continu (DPC), avec des vignettes cliniques illustrant différentes situations rencontrées en consultation de médecine générale. Chaque cas clinique propose des signes évocateurs des divers stades évolutifs de la maladie de Parkinson. Ce questionnaire a pour but de recueillir votre perception sur l'adressage de ces patients en orthophonie. Il y a 31 questions dans ce questionnaire.

Introduction aux vignettes cliniques

Après vérification de vos connaissances sur l'échelle UPDRS, les questions suivantes se présenteront sous forme de vignettes cliniques et une méthode de développement professionnel continu (DPC). Le but est de créer un contexte clinique réaliste pour chaque question, permettant aux médecins généralistes (MG) de se projeter dans une situation concrète. Cette approche aide à réfléchir aux signes cliniques et aux décisions d'orientation en orthophonie pour des patients atteints de la maladie de Parkinson (PcP).

Connaissez-vous l'échelle UPDRS et son utilisation dans l'évaluation de la maladie de Parkinson ? *

Veuillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- ☐ Oui
☐ Non

Pour information :

Répondre à cette question seulement si les conditions suivantes sont réunies :

La réponse était 'Non' à la question ' [G03Q19]' (Connaissez-vous l'échelle UPDRS et son utilisation dans l'évaluation de la maladie de Parkinson ?)

Veuillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

☐ L'échelle UPDRS (Unified Parkinson's Disease Rating Scale) est un outil d'évaluation essentiel pour suivre l'évolution de la maladie de Parkinson et le niveau d'autonomie du patient. Elle se compose de plusieurs sections, notamment l'état mental, les activités de la vie quotidienne, les fonctions motrices et les complications du traitement. Chaque item est noté de 0 à 4, avec un score total variant de 0 (pas de handicap) à 199 (incapacité totale). L'évaluation est généralement réalisée par un neurologue. La section sur les troubles moteurs est particulièrement utilisée pour évaluer la réponse au traitement. L'UPDRS est un outil validé et multidimensionnel, utile pour le suivi des patients et l'évaluation des interventions thérapeutiques.

Pour rappel :

Répondre à cette question seulement si les conditions suivantes sont réunies :

La réponse était 'Oui' à la question ' [G03Q19]' (Connaissez-vous l'échelle UPDRS et son utilisation dans l'évaluation de la maladie de Parkinson ?)

Veuillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

☐ L'échelle UPDRS (Unified Parkinson's Disease Rating Scale) est un outil d'évaluation essentiel pour suivre l'évolution de la maladie de Parkinson et le niveau d'autonomie du patient. Elle se compose de plusieurs sections, notamment l'état mental, les activités de la vie quotidienne, les fonctions motrices et les complications du traitement. Chaque item est noté de 0 à 4, avec un score total variant de 0 (pas de handicap) à 199 (incapacité totale). L'évaluation est généralement réalisée par un neurologue. La section sur les troubles moteurs est particulièrement utilisée pour évaluer la réponse au traitement. L'UPDRS est un outil validé et multidimensionnel, utile pour le suivi des patients et l'évaluation des interventions thérapeutiques.

Vignette clinique 1 : Patient à un stade avancé de la maladie

Mme Michelle, 74 ans, atteinte de la maladie de Parkinson depuis 8 ans, présente des troubles sévères de la déglutition et des épisodes fréquents de fausses routes alimentaires. Ces observations sont apportées par la famille et l'aide à domicile qui s'occupe des repas de la patiente. Sur le plan moteur, on observe une incapacité à se déplacer sans aide, nécessitant souvent un fauteuil roulant, ainsi que des tremblements de repos et une instabilité posturale majeure. Les symptômes non moteurs incluent des troubles cognitifs importants, une dépression sévère et des troubles du sommeil prononcés. À ce stade, la qualité de vie de la patiente est significativement altérée.

Considérez-vous utile une prise en soin orthophonique pour Mme Michelle, bien qu'elle soit à un stade avancé de la maladie ?

*

Veuillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- ☐ Oui
☐ Non

Quels autres professionnels de santé pourraient-être recommandés ?

*

Veuillez choisir toutes les réponses qui conviennent :

- ☐ Médecin ORL
☐ Allergologue
☐ Rhumatologue
☐ Cardiologue

☐ Autre:

Recommandations vignette clinique 1

Rappel : "Mme Michelle, 74 ans, atteinte de la maladie de Parkinson depuis 8 ans, présente des troubles sévères de la déglutition et des épisodes fréquents de fausses routes alimentaires. Ces observations sont apportées par la famille et l'aide à domicile qui s'occupe des repas de la patiente. Sur le plan moteur, on observe une incapacité à se déplacer sans aide, nécessitant souvent un fauteuil roulant, ainsi que des tremblements de repos et une instabilité posturale majeure. Les symptômes non moteurs incluent des troubles cognitifs importants, une dépression sévère et des troubles du sommeil prononcés. À ce stade, la qualité de vie de la patiente est significativement altérée."

Une **prise en soin orthophonique** est cruciale pour cette patiente. L'orthophoniste réalisera une évaluation approfondie des mécanismes de déglutition altérés et mettra en place une rééducation ciblée. Cette intervention vise à prévenir les complications graves comme les pneumopathies d'inhalation, à adapter l'alimentation pour une déglutition plus sûre, à maintenir l'autonomie de la patiente lors des repas, et à adapter l'environnement. L'orthophoniste fournira également une éducation thérapeutique, enseignant des techniques et stratégies pour gérer les difficultés quotidiennes.

Une **orientation vers un médecin ORL** est également pertinente, afin qu'il puisse effectuer une vidéofluoroscopie pour observer le mécanisme de déglutition et identifier les fausses routes.

Ces informations ont été utiles : *

Veuillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- ☐ Oui
☐ Non

Vignette clinique 2 : Patient à un stade avancé de la maladie

M. Lefranc, âgé de 68 ans, se présente à votre cabinet pour un suivi de sa maladie de Parkinson, diagnostiquée il y a environ 18 mois. Il a récemment noté un allongement du temps de ces repas (1h vs 30min). Il se sent épuisé après avoir mangé et a besoin de faire des pauses fréquentes. Sa femme rapporte qu'il s'étouffe parfois lorsqu'il boit, ce qui le rend anxieux et soulève des préoccupations concernant sa sécurité alimentaire. Le patient ajoute qu'il ressent souvent que les aliments restent coincés dans sa gorge, surtout avec des textures solides.

Face à ces signes, considérez-vous qu'une orientation vers l'orthophonie est indiquée ?

*

Veuillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- ☐ Oui
☐ Non

Quels signes vous incitent à orienter M. Lefranc vers un suivi orthophonique ?

*

Veillez choisir toutes les réponses qui conviennent :

- ☐ Temps de repas allongé
- ☐ Fatigue durant le repas
- ☐ Pauses fréquentes durant le repas
- ☐ Etranglement aux liquides
- ☐ Aliments solides coincés dans la gorge
- ☐ Aucun, il n'y a pas encore de signes indiquant la nécessité d'une prise en soin orthophonique
- ☐ Autre:

Recommandations vignette clinique 2

Rappel : "M. Lefranc, âgé de 68 ans, se présente à votre cabinet pour un suivi de sa maladie de Parkinson, diagnostiquée il y a environ 18 mois. Il a récemment noté un allongement du temps de ces repas (1h vs 30min). Il se sent épuisé après avoir mangé et a besoin de faire des pauses fréquentes. Sa femme rapporte qu'il s'étouffe parfois lorsqu'il boit, ce qui le rend anxieux et soulève des préoccupations concernant sa sécurité alimentaire. Le patient ajoute qu'il ressent souvent que les aliments restent coincés dans sa gorge, surtout avec des textures solides."

L'ensemble de ces symptômes sont des signes de troubles de la déglutition. Ces manifestations **peuvent être subtiles** au début, mais leur **identification précoce est primordiale** pour une prise en soin efficace.

Une prise en soin orthophonique précoce est cruciale pour évaluer précisément la **sévérité des troubles**, mettre en place des **stratégies adaptées pour sécuriser l'alimentation**, et **prévenir les complications graves**. Cette intervention peut significativement améliorer la qualité de vie du patient en réduisant les risques liés aux troubles de déglutition et en maintenant une nutrition adéquate, essentielle pour l'état de santé général du PcP.

Ces informations ont été utiles : *

Veillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- ☐ Oui
- ☐ Non

Vignette clinique 3 : Patient à un stade débutant de la maladie

Mme Lefèvre, âgée de 65 ans, se présente à votre cabinet pour un suivi après un diagnostic récent de la maladie de Parkinson. Elle a été testée avec un score total de 20 sur l'échelle UPDRS, avec des scores spécifiques indiquant une légère rigidité musculaire et des tremblements au repos. Aucun traitement n'est en cours.

Face à cette situation, pensez-vous qu'une orientation vers l'orthophonie est pertinente à ce stade ?

*

Veillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- ☐ Oui
- ☐ Non

Quels signes vous inciteraient à orienter Mme Lefèvre vers un suivi orthophonique ?

*

Veillez choisir toutes les réponses qui conviennent :

- ☐ Le score à l'échelle UPDRS
- ☐ La rigidité musculaire
- ☐ Les tremblements au repos
- ☐ Aucun, il n'y a pas encore de signes indiquant la nécessité d'une prise en soin orthophonique
- ☐ Autre:

Recommandations vignette clinique 3

Rappel : "Mme Lefèvre, âgée de 65 ans, se présente à votre cabinet pour un suivi après un diagnostic récent de la maladie de Parkinson. Elle a été testée avec un score total de 20 sur l'échelle UPDRS, avec des scores spécifiques indiquant une légère rigidité musculaire et des tremblements au repos. Aucun traitement n'est en cours."

Dans ce cas, l'orientation de cette patiente vers un orthophoniste est justifiée.

Des études récentes ont établi un lien entre les **symptômes moteurs** de la MP et les **troubles de la déglutition**, la **rigidité musculaire étant particulièrement associée à un risque accru de fausses routes** (Nakamori et al., 2024).

Le retard dans l'élévation du larynx, observé chez de nombreux patients, augmente le risque d'inhalation et de complications graves comme les pneumopathies d'inhalation.

Un dépistage rapide permet d'identifier et de traiter ces difficultés avant leur aggravation, améliorant ainsi la qualité de vie des patients et réduisant les risques de complications.

Cette approche proactive est donc recommandée dès le diagnostic de la MP pour prévenir efficacement les troubles de la déglutition et leurs conséquences.

Ces informations ont été utiles : *

Veuillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- ☐ Oui
- ☐ Non

Vignette clinique 4 : Patient avec troubles modérés

M. Bernard, âgé de 70 ans, se présente à votre cabinet pour un suivi régulier de sa maladie de Parkinson, enregistré il y a environ deux ans. Il prend régulièrement un agoniste de la dopamine et un antioxydant de la monoamine oxydase. Lors de l'évaluation récente chez le neurologue, il obtient un score total de 35 sur l'échelle UPDRS, avec des scores indiquant des troubles moteurs modérés, notamment une rigidité musculaire notée à 3 sur 5 et des tremblements au repos. Sa femme a remarqué que sa voix est devenue plus faible. Elle signale également que les repas sont devenus plus longs. Le patient mentionne qu'il met beaucoup plus de temps à terminer ses repas et qu'il se sent fatigué après avoir mangé.

Face à ces signes, considérez-vous qu'une orientation vers l'orthophonie est indiquée ?

*

Veuillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- ☐ Oui
- ☐ Non

Quels signes vous incitent à orienter M. Bernard vers un suivi orthophonique ?

*

Veuillez choisir toutes les réponses qui conviennent :

- ☐ Rigidité musculaire
- ☐ Traitement médicamenteux
- ☐ Voix faible
- ☐ Temps de repas élevé
- ☐ Fatigue durant les repas
- ☐ Aucun, il n'y a pas encore de signes indiquant la nécessité d'une prise en soin orthophonique

☐Autre:

Recommandations vignette clinique 4

Rappel : "M. Bernard, âgé de 70 ans, se présente à votre cabinet pour un suivi régulier de sa maladie de Parkinson, enregistré il y a environ deux ans. Il prend régulièrement un agoniste de la dopamine et un antioxydant de la monoamine oxydase. Lors de l'évaluation récente chez le neurologue, il obtient un score total de 35 sur l'échelle UPDRS, avec des scores indiquant des troubles moteurs modérés, notamment une rigidité musculaire notée à 3 sur 5 et des tremblements au repos. Sa femme a remarqué que sa voix est devenue plus faible. Elle signale également que les repas sont devenus plus longs. Le patient mentionne qu'il met beaucoup plus de temps à terminer ses repas et qu'il se sent fatigué après avoir mangé."

L'orientation de ce patient vers un orthophoniste est justifiée par plusieurs facteurs.

Comme pour la vignette précédente, des études récentes ont établi un lien entre les **symptômes moteurs** de la MP et les **troubles de la déglutition**, une orientation est donc déjà recommandée pour une action de prévention. Dans ce cas présent, d'autres signes sont interpellants :

- **Voix faible** : l'étude de Baldanzi et al. (2024) a mis en évidence une **corrélation significative entre la diminution de l'intensité vocale et les troubles de la déglutition** chez les PcP. Une intensité vocale inférieure à 60 dB est associée à un risque accru de troubles de déglutition, avec une valeur prédictive positive de 93%. L'orthophoniste pourra ainsi évaluer de manière approfondie la voix et la déglutition du patient, mettre en place une rééducation adaptée, et potentiellement prévenir des complications graves liées aux troubles.
- Temps de repas élevé et fatigue : ce sont des signes précoces de troubles de déglutition.

Dans ce cas présent une **orientation orthophonique** pour un bilan de la voix et de la déglutition avec rééducation si nécessaire est fortement recommandée. Une **orientation vers un médecin ORL** est également pertinente, afin qu'il puisse effectuer une vidéofluoroscopie pour observer le mécanisme de déglutition et identifier les éventuelles fausses routes.

Ces informations ont été utiles : *

Veuillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

☐ Oui

☐ Non

Vignette clinique 5 : Patient avec troubles modérés

M. Dubois, âgé de 72 ans, se présente à votre cabinet pour un suivi de sa maladie de Parkinson, observée depuis trois ans. Il est sous traitement par lévodopa, et présente des tremblements au repos modérés. Sa femme s'inquiète car depuis trois mois il a perdu environ 8 kg, ce qui représente près de 12 % de son poids corporel initial. Il ne boit pas suffisamment d'eau pendant la journée et présente des signes cliniques de déshydratation.

Face à ces signes, considérez-vous qu'une orientation vers l'orthophonie est indiquée ? *

Veuillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

☐ Oui

☐ Non

Quels signes vous incitent à orienter M. Dubois vers un suivi orthophonique ? *

Veuillez choisir toutes les réponses qui conviennent :

☐ Tremblements au repos modérés

☐ Perte de poids

☐ Déshydratation

☐ Aucun, il n'y a pas encore de signes indiquant la nécessité d'une prise en soin orthophonique

☐ Autre:

Recommandations vignette clinique 5

Rappel : "M. Dubois, âgé de 72 ans, se présente à votre cabinet pour un suivi de sa maladie de Parkinson, observée depuis trois ans. Il est sous traitement par lévodopa, et présente des tremblements au repos modérés. Sa femme s'inquiète car depuis trois mois il a perdu environ 8 kg, ce qui représente près de 12 % de son poids corporel initial. Il ne boit pas suffisamment d'eau pendant la journée et présente des signes cliniques de déshydratation."

La perte de poids et une déshydratation sont des signes alarmants de troubles de déglutition. Ces troubles peuvent entraîner une réduction progressive des apports alimentaires, conduisant à une déshydratation, une malnutrition et une perte de poids. Ces complications aggravent l'état général du patient et augmentent également le risque d'autres problèmes de santé, tels que les infections respiratoires récurrentes. Une prise en soin orthophonique précoce permettra d'évaluer précisément les troubles de la déglutition, de mettre en place des stratégies adaptées comme la modification des textures alimentaires, et de prévenir les complications graves. Cette intervention est cruciale pour maintenir une nutrition adéquate et préserver la qualité de vie du patient.

En tenant compte des signes cliniques et des résultats d'évaluation, vous pouvez décider :

1. **D'effectuer un dépistage approfondi des troubles de déglutition** en utilisant des outils comme l'Eating Assessment Tool (EAT-10) pour évaluer la gravité des symptômes.
2. **De référer M. Dubois à un orthophoniste** pour une évaluation détaillée et une prise en soin adaptée.
3. **D'orienter M. Dubois vers un médecin ORL** pour une vidéofluoroscopie afin d'observer le mécanisme de déglutition et d'identifier les fausses routes potentielles.

4. **De discuter avec le patient et sa famille** des risques associés aux troubles de déglutition, à la perte de poids et à la déshydratation, ainsi que l'importance d'une intervention précoce.

Ces informations ont été utiles *

Veillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- ☐ Oui
☐ Non

Estimez-vous que les patients avec ce type de symptômes (au stade modéré de la maladie) sont orientés vers un orthophoniste de manière suffisamment précoce ?

*

Veillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- ☐ Oui
☐ Non

Vignette clinique 6 : Patient au stade précoce de maladie

M. Marin, âgé de 62 ans, se présente à votre cabinet pour un bilan de santé après avoir reçu un diagnostic récent de la maladie de Parkinson. Ce diagnostic a été posé il ya environ deux mois suite à une évaluation neurologique, bien qu'il n'ait pas encore présenté de symptômes moteurs ou non moteurs significatifs. Pas de traitement en cours, ni d'antécédents de maladies neurodégénératives. Le score UPDRS est de 5, indiquant un stade précoce sans symptômes moteurs.

Lors de l'examen, vous ne constatez aucune rigidité musculaire ou tremblements. Il se trouve en bonne santé et ne rapporte aucune difficulté particulière dans sa vie quotidienne.

Face à cette situation, pensez-vous qu'une orientation vers l'orthophonie est pertinente à ce stade ?

*

Veillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- ☐ Oui
☐ Non

À quel stade estimez-vous qu'une prise en soin orthophonique serait bénéfique pour ce type de symptômes ?

*

Veillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- ☐ Dès le diagnostic de la maladie de Parkinson
☐ En cas d'aggravation des symptômes moteurs
☐ Uniquement si des signes de troubles de déglutition apparaissent
☐ Autre

Recommandations vignette clinique 6

Rappel : "M. Marin, âgé de 62 ans, se présente à votre cabinet pour un bilan de santé après avoir reçu un diagnostic récent de la maladie de Parkinson. Ce diagnostic a été posé il ya environ deux mois suite à une évaluation neurologique, bien qu'il n'ait pas encore présenté de symptômes moteurs ou non moteurs significatifs. Pas de traitement en cours, ni d'antécédents de maladies neurodégénératives. Le score UPDRS est de 5, indiquant un stade précoce sans symptômes moteurs. Lors de l'examen, vous ne constatez aucune rigidité musculaire ou tremblements. Il se trouve en bonne santé et ne rapporte aucune difficulté particulière dans sa vie quotidienne."

Les troubles de déglutition peuvent apparaître **avant que les symptômes moteurs caractéristiques ne soient évidents**. Il est donc crucial d'adopter une **approche proactive** en évaluant régulièrement tous les PcP, même ceux qui ne présentent pas encore de symptômes. Une détection précoce permet d'identifier les fragilités ou déficits et d'intervenir avant qu'ils ne s'aggravent, préservant ainsi la qualité de vie du patient.

Vous pouvez effectuer un dépistage vous-même (par exemple avec le EAT-10), en **évaluation préventive** des troubles de déglutition. Les études montrent que plus de 80% des PcP développent ces troubles au fil du temps, mais qu'ils sont diagnostiqués tardivement (Patel et al., 2020).

En tenant compte des résultats d'évaluation et des recommandations actuelles, vous pouvez décider :

1. **De planifier un suivi régulier** pour surveiller l'évolution potentielle des symptômes et effectuer une nouvelle évaluation des troubles de déglutition dans six mois.
2. **D'informer le patient et sa famille** sur les signes précoces à surveiller concernant la déglutition.
3. **De discuter des ressources disponibles**, y compris des groupes de soutien pour les PcP et leurs familles.
4. **D'orienter vers une consultation orthophonique** pour un bilan de la déglutition, et laisser l'orthophoniste faire la prévention des troubles et l'explication des signes à surveiller. Une prise en soin orthophonique peut être bénéfique dès le diagnostic de la maladie, afin de prévenir les troubles avant que le patient ne soit à un stade trop évolué dans la maladie. La mise en œuvre efficace des techniques de rééducation dépend fortement de leurs **capacités cognitives**. L'évolution de la maladie s'accompagne souvent d'un ralentissement cognitif et de dysfonctionnements exécutifs, ce qui peut nuire à l'apprentissage et à la participation active aux interventions. Un diagnostic précoce des troubles de déglutition permet donc d'initier une prise en soin avant que les déficits cognitifs ne s'aggravent, **optimisant ainsi l'efficacité des traitements**.

Ces informations ont été utiles : *

Veuillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- ☐ Oui
- ☐ Non

Données participants

Exercez-vous bien en tant que médecin généraliste ? *

Veuillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- ☐ Oui
- ☐ Non

Quelle est l'année d'obtention de votre diplôme ? *

Veuillez écrire votre réponse ici :

Quel est votre lieu d'exercice ? *

Veuillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- ☐ Région Hauts-de-France

☐ Autre

Quel est votre milieu d'installation ? *

Veuillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- ☐ Urbain
- ☐ Rural

Avez-vous déjà suivi des PcP ? *

Veuillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- ☐ Oui
- ☐ Non

Avez-vous déjà orienté des PcP vers un/une orthophoniste ? *

Veuillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- ☐ Oui
- ☐ Non

À quelle fréquence prescrivez-vous à vos PcP un bilan et/ou des séances d'orthophonie ?

*

Veuillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- ☐ Toujours
- ☐ Souvent
- ☐ Parfois
- ☐ Jamais

Votre formation ou vos connaissances en orthophonie vous semblent-elles adéquates pour répondre aux besoins de prise en soin des PcP ? *

Veuillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- ☐ Oui
- ☐ Oui, mais je souhaiterais approfondir mes connaissances.
- ☐ Non, et je souhaiterais approfondir mes connaissances.
- ☐ Non, mais je ne pense pas qu'il soit nécessaire d'approfondir mes connaissances pour ma pratique.

Quelles informations vous manquent sur la prise en soin orthophonique des PcP ? *

Veuillez choisir toutes les réponses qui conviennent :

- ☐ Stade de la maladie à partir duquel l'adressage vers l'orthophonie est recommandé.
- ☐ Signes cliniques pouvant être pris en soin par une rééducation orthophonique.
- ☐ Techniques orthophoniques possibles et rôle de l'orthophoniste.
- ☐ Autre:

Merci beaucoup pour votre participation ! Pour accéder aux résultats scientifiques de l'étude, vous pouvez me contacter à cette adresse : clementine.hautereau.etu@univ-lille.fr

Envoyer votre questionnaire.

Merci d'avoir complété ce questionnaire.

Annexe 2 : Tableau récapitulatif des réponses aux vignettes cliniques du questionnaire formatif

	Milieu rural	Milieu urbain	Années d'exercices	A déjà suivi un PcP	N'a jamais suivi de PcP	Adressage en orthophonie précoce	Repère les signes les plus évidents	Repère les signes les moins évidents	Fréquence d'orientation en orthophonie
Participant 1	+		17		+		+/-		Parfois
Participant 2		+	5	+		+	+	+/-	Souvent
Participant 3		+	8	+			+	+/-	Parfois
Participant 4		+	14	+			+	+/-	Jamais
Participant 5		+	7	+			+	+	Parfois
Participant 6	+		10		+	+	+/-	+/-	Parfois
Participant 7	+		5	+		+	+	+	Souvent
Participant 8	+		38		+		+/-		Parfois

Annexe 3 : Fiche informative - Repérage des signes d'un trouble de la déglutition et orientation en orthophonie

Annexe 4 : Autorisation DPO

RÉCÉPISSÉ
ATTESTATION DE DÉCLARATION

Délégué à la protection des données (DPO) : 

Responsable administrative : 

La délivrance de ce récépissé atteste que vous avez transmis au délégué à la protection des données un dossier de déclaration formellement complet.

Toute modification doit être signalée dans les plus brefs délais: dpo@univ-lille.fr

Traitement exonéré

Intitulé : Prise en soin orthophonique précoce dans la maladie de Parkinson
Responsables chargées de la mise en œuvre : Mmes Sabine BAYEN & Caroline MOREAU Interlocuteur (s) : Mme Clémentine HAUTERAU

Votre traitement est exonéré de déclaration relative au règlement général sur la protection des données dans la mesure où vous respectez les consignes suivantes :

- Vous informez les personnes par une mention d'information au début du questionnaire.
- Vous respectez la confidentialité en utilisant un serveur Limesurvey mis à votre disposition par l'Université de Lille via le lien <https://enquetes.univ-lille.fr/> (en cliquant sur "Réaliser une enquête anonyme" puis "demander une ouverture d'enquête").
- Vous garantissez que seul (e) vous et votre directeur de thèse pourrez accéder aux données.
- Vous supprimez l'enquête en ligne à l'issue de la soutenance.

Fait à Lille,

Le 20 janvier 2025


Délégué à la Protection des Données

