



UNIVERSITÉ DE LILLE  
FACULTE DE MÉDECINE HENRI WAREMBOURG

Année : 2020

THÈSE POUR LE DIPLOME D'ÉTAT  
DE DOCTEUR EN MÉDECINE

Evaluation de la prise en charge des troubles de la déglutition en gériatrie et  
EHPAD dans les Hauts de France et Normandie.

Présentée et soutenue publiquement le 13/05/2020 à 18h00

au Pôle Recherche

par Maxime GUILLON

---

JURY

Président :

Monsieur le Professeur Dominique CHEVALIER

Assesseurs :

Monsieur le Professeur Christophe BERKHOUT

Monsieur le Docteur Nicolas LELEU

Directeur de thèse :

Monsieur le Professeur François PUISIEUX

---

## **GLOSSAIRE**

AMM : Autorisation de Mise sur le Marché

AMP : Aide médico-psychologique

ANSM : Agence Nationale de Sécurité du Médicament et des produits de santé

AS : Aide-soignant

ASH : Agent des services hospitaliers

CDOM : Conseil Départemental de l'Ordre des Médecins

EHPAD : Etablissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes

ETP : Equivalent temps plein

HAS : Haute Autorité de Santé

IDE : Infirmière diplômée d'état

INSEE : Institut National de la Statistique et des Études  
Économiques

interCLAN : comité de liaison en alimentation et nutrition

OMÉDITs : observatoire des médicaments, dispositifs médicaux et innovation  
thérapeutiques

TDD : Troubles de la déglutition

## RESUME

### Introduction

Les troubles de la déglutition (TDD) sont fréquents chez les personnes âgées et sont souvent associés à une lourde morbi-mortalité. Pourtant ils restent sous-diagnostiqués et leur prise en charge est souvent mal adaptée. L'objectif principal de cette étude était de décrire et évaluer les pratiques diagnostiques et thérapeutiques des TDD dans des services de gériatrie et les EHPAD des Hauts de France et de Normandie.

### Patients et Méthodes

L'évaluation des pratiques professionnelles a reposé d'une part sur un questionnaire relatif aux caractéristiques du service gériatrique ou de l'EHPAD et d'autre part sur la description détaillée du déroulé du repas de trois patients/résidents par service ou EHPAD, connus pour avoir des troubles de déglutition.

### Résultats

Au total, 27 services de gériatrie et 18 EHPADs ont participé à cette étude et ont été audités sur leurs pratiques diagnostiques et thérapeutiques des TDD.

Questionnaire : Une formation récente au diagnostic des TDD et à la prévention des fausses routes avait été prodiguée à 30% des IDE et 20% des AS. 38% des services disposaient de protocole alimentaire validé pour les patients présentant des TDD, et 60% disposaient d'un protocole validé sur la conduite à tenir en cas de fausse route.

La moitié des services (48%) effectuait un dépistage systématique des TDD à l'entrée du patient, et un tiers (30%) utilisait un test standardisé. Un bilan clinique approfondi lors de la découverte d'un TDD était réalisé par 60% des services, réalisé par les orthophonistes (75%) ou les ORL (15%).

Durant le repas les patients étaient installés au fauteuil (77%) avec le buste droit (80%), l'ambiance était jugée calme dans 72% des cas. L'aidant était face au patient dans 79% des cas. L'adaptation de texture avait été conseillée par la diététicienne dans 75% des cas.

### Conclusion

Dans cette étude réalisée dans 45 services de gériatrie et EHPAD, le personnel soignant de ces services semble réellement sensibilisé par la question des TDD.

En revanche, la formation du personnel pour dépister les TDD et prévenir leurs complications apparaît insuffisante et les services ne disposent qu'inconstamment de protocoles validés concernant le dépistage, l'alimentation et les conduites à tenir en cas de fausse route.

Une prise en charge globale par une équipe pluridisciplinaire, permettrait le développement de stratégies ciblées visant à l'identification des personnes âgées les plus à risque et à la mise en place de mesures préventives et thérapeutiques adaptées.

## SOMMAIRE

<b>GLOSSAIRE</b> .....	2
<b>INTRODUCTION</b> .....	6
<b>MATERIELS ET METHODES</b> .....	9
<b>I. SERVICES CONCERNES</b> .....	9
<b>I.1 Critères d'inclusion</b> .....	9
<b>I.2 Critères d'exclusion</b> .....	9
<b>I.3 Echantillon</b> .....	9
<b>II. METHODES</b> .....	10
<b>II.1 Période</b> .....	10
<b>II.2 Protocole et questionnaire</b> .....	10
<b>II.2 Objectifs attendus</b> .....	12
<b>II.3 Questions réglementaires</b> .....	12
<b>II.5. Statistiques</b> .....	133
<b>RESULTATS</b> .....	144
<b>I. DESCRIPTION DES ETABLISSEMENTS PARTICIPANT A L'ENQUETE</b> .....	155
<b>I.1. Structure des établissements</b> .....	15
<b>I.2. Niveau de connaissance sur les troubles de déglutition par les professionnels</b> .....	15
<b>I.3. Présence de protocoles spécifiques TDD dans les services enquêtés</b> .....	15
<b>I.4. Mesures de sécurité</b> .....	16
<b>I.5. Dépistage des troubles de déglutition à l'aide d'un test standardisé</b> .....	16
<b>I.6. Bilan des troubles de déglutition mis en évidence</b> .....	17
<b>II. RESULTATS DE L'AUDIT DES REPAS</b> .....	18
<b>II.1. Caractéristiques socio démographiques des patients</b> .....	18
<b>II.2. Statut nutritionnel des patients</b> .....	18
<b>II.3. Prise en charge selon le type d'établissement</b> .....	19
<b>II.4. Etat buccodentaire des patients</b> .....	20
<b>II.5. Causes et prise en charge des troubles de la déglutition chez les 131 résidents</b> ...	20
<b>II.6. Autonomie aux repas</b> .....	211
<b>II.7. Prise des médicaments</b> .....	21
<b>II.8. Texture des repas et matériel mis à disposition des résidents</b> .....	23

<b>II.9. Environnement du repas :installation du patient, sécurité.....</b>	<b>25</b>
<b>II.10 Participation de l'aidant.....</b>	<b>25</b>
<b>II.11 Description et caractérisation des troubles de la déglutition durant le repas ...</b>	<b>26</b>
<b>DISCUSSION.....</b>	<b>27</b>
7	
<b>1. Principaux résultats.....</b>	<b>27</b>
<b>2. Comparaison avec la littérature .....</b>	<b>28</b>
<b>3. Forces et faiblesses.....</b>	<b>37</b>
<b>4. Perspectives.....</b>	<b>38</b>
<b>CONCLUSION.....</b>	<b>43</b>
<b>REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES.....</b>	<b>45</b>
<b>LISTE DES ANNEXES</b>	
Annexe N°1 : Le questionnaire .....	53
Annexe N°2 : Test de dépistage V-VST.....	58
Annexe N°3 : Dépistage de la dysphagie : échelle de sévérité EAT-10.....	59
Annexe N°4 : Tableau A. Résultats du questionnaire relatif à la structure.....	60
Annexe N°5 : Tableau B. Caractéristiques socio-démographiques, cliniques, nutritionnelles et déroulement des repas chez les 131 sujets.....	61

## INTRODUCTION

La France vieillit. Au 1<sup>er</sup> janvier 2020 la part de la population de plus de 65 ans (considérée comme âgée selon l'OMS) en France est de 20,5% et la part âgée de plus de 75 ans est de 9,5% (1). Un rapport de l'Insee estime qu'un français sur trois aura plus de 60 ans à l'horizon 2060 (2). Les TDD se définissent généralement comme étant « une difficulté à avaler, ou plus précisément, une difficulté à transférer la nourriture de la cavité orale vers l'estomac en passant par le pharynx et l'œsophage » (3).

Les TDD ont une prévalence élevée en milieu gériatrique et plus particulièrement chez les patients atteints de maladies neuro-dégénératives (4).

En effet, ils toucheraient, entre 8 et 15% des personnes âgées de plus de 65 ans vivant à domicile (5) et entre 30 à 40 % des personnes âgées vivant en institution (6 ;7 ;8), allant jusqu'à 84% des personnes souffrant de maladie d'Alzheimer ou de troubles cognitifs, quel que soit leur lieu de vie (9).

Les TDD représentent un réel problème de santé non seulement du fait de leur fréquence mais aussi du fait de leur gravité et de leurs conséquences en termes de morbi mortalité (10).

La démarche diagnostique des TDD s'appuie sur l'interrogatoire du patient et de son entourage qui s'attache à rechercher notamment les antécédents, les signes et symptômes évocateurs, les facteurs de risque et l'histoire de la maladie, l'examen clinique comprenant un examen général du patient, une évaluation morphologique de la sphère oro-faciale (anatomie faciale, état buccodentaire, posture de la tête et du tronc, examen de la mobilité) ainsi qu'une vérification des mécanismes de protection des voies respiratoires (apnée volontaire, réflexe de toux, raclement de gorge).(11)

L'examen clinique peut s'appuyer sur des échelles validées (EAT-10) afin d'évaluer la sévérité des troubles (annexe1).

Les symptômes des TDD peuvent être peu évocateurs ou difficilement interprétables (12) (durée des repas allongée, diminution des ingestas, anorexie, perte de poids, refus de prise des repas en communauté, bavage, persistance de résidus alimentaires en bouche, haleine fétide...). Dans ces cas, les TDD seront diagnostiqués tardivement, d'autant plus que le patient va spontanément modifier son alimentation et sa posture pour limiter la gêne (17). Les TDD ne peuvent alors devenir évidents qu'à l'occasion de complications telles une asphyxie aiguë, une pneumopathie d'inhalation, une déshydratation ou une dénutrition protidique par exemple (13).

Des tests standardisés ont été développés pour dépister les TDD :

- Le « test à l'eau », adapté par M. Guatterie, consiste à faire boire successivement 4 cuillerées d'eau plate (2 ml), et à augmenter les volumes de chaque prise (4 ml, 8 ml, 50 ml), s'il n'y a pas de fausses routes, jusqu'à la boisson au verre (14).
- Le « 3oz water and timed swallowing test » consiste à faire boire 90mL d'eau froide sans interruption puis à rechercher la présence ou non d'une toux, d'un arrêt du test ou d'une voix mouillée pendant et jusqu'à une minute après le test (15).
- Le test « V-VST » est le test clinique de référence, il est réalisable en consultation gériatrique (environ 8 minutes) et consiste à faire ingurgiter des quantités croissantes de nectar, de liquide puis de pudding au patient. Il permet une analyse des mécanismes de sécurité et de l'efficacité de la déglutition (16).

Des examens paracliniques permettent une analyse plus fine de la physiopathologie des TDD :

- la vidéofluoroscopie est un enregistrement vidéo après ingestion de produit de contraste permettant une analyse fonctionnelle du pharynx au cours de la déglutition.
- la nasofibroscopie est un examen endoscopique permettant une analyse morphologique et fonctionnelle de la déglutition.

Ces examens relativement lourds sont rarement réalisés en pratique courante en gériatrie du fait de leur accessibilité limitée. Ils sont réservés à des cas particuliers notamment lorsqu'une cause chirurgicale et curable est suspectée.

La prise en charge des patients dysphagiques en milieu gériatrique repose principalement sur :

- Une adaptation de l'environnement : texture des aliments, prise des médicaments, optimisation de l'installation du patient et de l'aidant pendant les repas (17).
- Un contrôle strict de l'hygiène bucco-dentaire et du statut nutritionnel.
- Une rééducation orthophonique spécifique (18).

Il est unanimement reconnu qu'une approche pluridisciplinaire (19) est nécessaire dans la prévention, le diagnostic et la prise en charge des TDD avec une étroite collaboration entre les acteurs médicaux (médecin traitant, médecins spécialistes), paramédicaux (infirmier, orthophoniste, ergothérapeute, kinésithérapeute, diététicien), mais aussi l'entourage (conjoint, famille, auxiliaire de vie, aidant naturel).

L'objectif principal de cette étude était de décrire et d'évaluer les pratiques diagnostiques et thérapeutiques des TDD dans les services de gériatrie et EHPAD de l'inter région Nord-Ouest.



## **MATERIELS ET METHODES**

Les équipes de gériatrie du CHRU de Lille, sous l'égide du Professeur Puisieux ont proposé un projet d'évaluation des pratiques professionnelles (EPP) inter-régionale sur la prise en charge des TDD au Pôle Inter Régional de gériatrie (PIRG), au réseau Santé Qualité Nord-Pas-de-Calais- Picardie et au réseau Normand Santé Qualité.

Cette EPP est une enquête observationnelle décrivant les modes de dépistage, de diagnostic et de prise en charge des TDD dans services de gériatries et EHPAD de l'inter-région Nord-Ouest.

### **I. SERVICES CONCERNES**

#### **I.1. Critères d'inclusion :**

Etaient concernés par l'EPP les services de médecine gériatrique (MG), d'Unité de Soins de Longue Durée (USLD), de Soins de Suite et Réadaptation (SSR) et les EHPAD localisés dans les régions des Hauts-de-France et de Normandie

I.2 Critères d'exclusion :  
Etaient exclus les établissements ne disposant pas de service de gériatrie et d'EHPAD, ainsi que les établissements se trouvant en dehors des régions Nord – Pas-de-Calais – Picardie et de la Normandie.

#### **I.2. Critères d'exclusion :**

Etaient exclus les établissements ne disposant pas de service de gériatrie et d'EHPAD, ainsi que les établissements se trouvant en dehors des régions Hauts-de-France et Normandie.

#### **I.3. Echantillon**

L'étude était basée sur un volontariat et aucun échantillonnage n'a été effectué. Aucune relance n'a été effectuée.

## **II. METHODES**

### **II.1. Période de l'étude**

Le protocole de l'étude incluant le questionnaire (ANNEXE 1) et la méthodologie détaillée de l'observation des repas (ANNEXE 2) ont été envoyés aux différents services de gériatrie et EHPAD par mail en mars 2017. Les établissements souhaitant participer à cette étude ont répondu sur la base du volontariat, il n'y a pas eu de relance.

Le questionnaire complété a été ensuite réceptionné par mail ou par voie postale.

L'observation des trois repas se déroulait sur une journée choisie par l'établissement (dans un délai limite de 2 mois après l'envoi du protocole).

### **II.2 Protocole et questionnaire**

Le questionnaire (Annexe 1) a été élaboré par le Comité Soins du PIRG avec la collaboration du Réseau Santé Qualité. Le projet a eu le soutien de l'Observatoire des Médicaments, Dispositifs Médicaux et Innovation Thérapeutiques (OMéDITs) ainsi que du Comité de Liaison en Alimentation et Nutrition (interCLAN).

Un test a été réalisé en mars 2017 dans 7 services de gériatrie du CHRU de Lille permettant un audit sur 20 patients.

#### 1. Le questionnaire relatif à la structure de soins.

Cette partie était remplie par l'équipe soignante sous la supervision du médecin responsable du service (pilote) et du cadre de santé (copilote).

Cette partie a permis de renseigner :

- Le type d'établissement concerné : EHPAD, Médecine Gériatrique, SSR ou USLD
- La description du personnel de l'établissement : fonctions et nombre d'ETP
- La notion de formation du personnel au diagnostic et à la prise en charge des TDD
- L'utilisation ou non de protocoles validés : pour l'alimentation, pour le dépistage et pour la prise en charge en urgence des fausses routes dans les services de l'établissement.
- Les pratiques des services en termes de dépistage et bilans des TDD

## 2. L'observation du repas.

Lors d'une réunion d'équipe, les patients de chaque service ayant des TDD mais poursuivant une alimentation orale ont été listés et, parmi eux, 3 patients ont été tirés au sort pour participer à l'étude.

Cette seconde partie d'étude reposait sur l'étude du dossier médical de ces 3 patients puis sur l'observation de la prise des repas du midi.

L'observateur était le cadre de santé ou l'IDE coordonnatrice.

Les caractéristiques des patients ont été recueillies :

- Les données socio démographiques (genre, âge)
- Les antécédents médicaux pouvant être associés aux TDD
- L'état bucco-dentaire : état de propreté (oui/non), nombre de dents (question ouverte), prothèses dentaires en place et adaptées (oui/non).
- Les traitements écrasés (question ouverte, nom des molécules)
- Le poids et la taille, permettant la mesure de l'indice de masse corporelle (IMC) ; la dénutrition était définie par un IMC < 21

Puis était renseigné le déroulement du repas :

- Lieu (chambre ou salle commune).
- Position corporelle (buste droit tête légèrement penchée en avant (oui/non).
- Port des prothèses auditives et port des lunettes (oui/non).
- Nécessité d'une aide humaine (non, partielle ou totale).
- Utilisation d'ustensiles adaptés (oui/non).
- Présence de fausse route ou de manifestations cliniques évocatrices de TDD pendant le repas (oui/non).
- Présence de résidus alimentaires en bouche à la fin du repas (oui/non).
- Prise de compléments nutritionnels ou de collations en dehors des repas (oui/non).

### **II.3 Objectifs attendus**

L'objectif principal de cette étude était de décrire et d'évaluer les pratiques diagnostiques et thérapeutiques des TDD dans les services de gériatrie et EHPAD de l'inter région Nord-Ouest.

### **II.4. Questions règlementaires :**

La participation à l'enquête a été gratuite ;

Aucune donnée identifiante n'a été informatisée. Le questionnaire était anonyme.

L'autorisation du comité de Recherche n'a pas été nécessaire car il s'agit d'une EPP considérée hors lois Jardé (article 2 du décret du 09 mai 2017).

## **II.5. Statistiques**

Les paramètres qualitatifs ont été décrits sous forme de pourcentage et leur intervalle à 95%.

Les paramètres quantitatifs ont été décrits sous forme de moyenne et de déviation standard et les paramètres numériques non gaussiens en termes de médiane et d'intervalle interquartiles. La normalité des paramètres numériques a été vérifiée graphiquement et testée à l'aide du test de Shapiro-Wilk.

Les statistiques ont été réalisées par l'unité de méthodologie biostatistique du CHU de Lille.

Les analyses statistiques ont été effectuées à l'aide du logiciel SAS (SAS Institute version 9.4).

## RESULTATS

Trente établissements de santé couvrant les régions des Hauts-de-France (N=25) et de Normandie (N=5) ont répondu à l'étude, incluant 45 services : 18 EHPAD, 9 USLD, 9 SSR et 9 services de médecine gériatrique. Tous ont été analysés. L'étude particulière sur le déroulement des repas a été réalisée chez 131 patients répartis comme suit : 54 patients en EHPAD (41,2%) ; 27 patients en USLD (20,6%) ; 25 patients en SSR (19,1%) ; 25 patients en médecine gériatrique (19,1%).

A noter que 2 services ont audité uniquement 1 patient au lieu des 3 requis.



Carte géographique représentant les centres gériatriques de l'inter région Nord-Ouest ayant participé à l'enquête.

## **I. DESCRIPTION DES ETABLISSEMENTS PARTICIPANT A L'ENQUETE**

L'ensemble des résultats du questionnaire relatif aux structures des établissements de santé sont représentés dans le tableau A en annexe 4.

Les résultats présentés dans cette partie reposent sur les déclarations des établissements en réponse au questionnaire.

### **I.1. Structure des établissements**

Les services disposaient d'une médiane de 47 lits (30 ; 67).

En moyenne, chaque service comprenait 21 ETP aide-soignant ; 8 ETP IDE ; 1,3 ETP médecin ; 0,4 ETP ergothérapeute ; 0,4 ETP kinésithérapeute ; 0,3 ETP psychologue et 0,2 ETP diététicienne.

Un dentiste extérieur consultait occasionnellement dans 22% des services audités.

### **I.2. Niveau de connaissance sur les troubles de déglutition par les professionnels**

-Près de la moitié des IDE et d'un tiers des AS avaient bénéficié d'une formation récente (moins de 5 ans) aux gestes d'urgence en cas de fausse route (FR) et un quart d'entre eux d'une formation récente (moins de 5 ans) au diagnostic des TDD et à la prévention des FR et des complications.

-60% des médecins avaient été formés aux gestes d'urgence des FR, depuis une durée de 10 ans (1 ;20) en médiane.

-68% des médecins avaient bénéficié d'une formation à la prévention des TDD datant de 3,5 ans (2 ;10) en médiane.

### **1.3. Présence de protocoles spécifiques TDD dans les services enquêtés**

- Un tiers des services (n=17; 38%) disposait d'un protocole validé pour le dépistage des TDD.

- Un tiers des services (n=18; 40%) disposait d'un protocole alimentaire pour les patients présentant des TDD. - Deux-tiers des services (n=26; 60%) disposaient d'un protocole d'urgence validé sur la conduite à tenir en cas de FR.

-L'existence de protocoles a été comparé selon les différents services (tableau 1).

Variables			Service			
Nom	Unité	Modalité	EHPAD	USLD	SSR	MG
<b>Protocole dépistage TDD</b>	N (%)	Non	11 (61%)	7 (78%)	4 (45%)	6 (67%)
		Oui	7 (39%)	2 (22%)	5 (55%)	3 (33%)
<b>Protocole alimentaire</b>		Non	30 (56%)	6 (67%)	5 (55%)	6 (67%)
		Oui	8 (44%)	3 (33%)	4 (45%)	3 (33%)
<b>Protocole en cas de fausse route</b>		Non	6 (33%)	4 (45%)	3 (33%)	5 (63%)
		Oui	12 (67%)	5 (55%)	6 (67%)	3 (37%)

**Tableau 1.** Comparaison de l'existence de protocoles validés au cours des 5 dernières années dans les différents services.

#### I.4. Mesures de sécurité

Un médecin était joignable rapidement dans 38 établissements (84%), et un système d'aspiration accessible dans 35 établissements (78%) lors du repas des résidents.

#### I.5. Dépistage des troubles de déglutition à l'aide d'un test standardisé

- La moitié des services (n=21; 48%) effectuait un dépistage systématique des TDD à l'entrée du patient.



- Parmi les services effectuant un dépistage systématique des TDD, la moitié (9/19) utilisaient un test standardisé, réalisé par une IDE (47.4%), une AS (21.1%), un médecin (15.8%), ou un ergothérapeute (5.3%).

-Les tests standardisés utilisés sont présentés Tableau 2, le test à l'eau est majoritairement pratiqué.

TESTS	Test à l'eau	V-VST	3 cuillères	3 oz
Effectif (%)	4 (45%)	2 (22%)	2 (22%)	1 (11%)

**Tableau 2.** Tests effectués par les 9 services utilisant un test standardisé

Après un évènement grave évocateur, comme une fausse route ou une pneumopathie, 78% des services réalisaient un dépistage systématique des TDD.

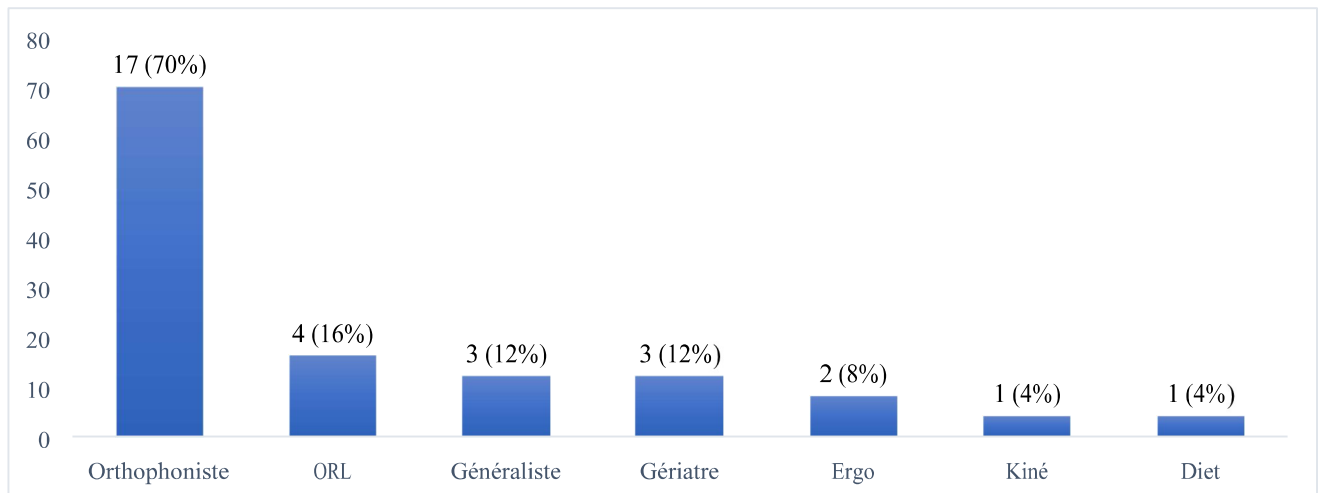
### **I.6. Bilan des troubles de déglutition mis en évidence**

Lorsqu'un TDD était diagnostiqué ou suspecté, le patient bénéficiait d'un bilan clinique approfondi dans 58% des cas (n=71).

Après un évènement grave évocateur, comme une fausse route ou une pneumopathie, 78% des services réalisaient un dépistage systématique des TDD.

Ce bilan clinique approfondi était assuré majoritairement par un orthophoniste dans 70% des cas, tandis que les médecins ORL étaient cités en second (Figure 1).

Les services s'appuyaient sur un bilan clinique approfondi multi disciplinaire dans 17% des cas (n=8), avec préférentiellement une association « orthophoniste-ORL ».



**Figure N° 1 : Répartition des acteurs de santé réalisant un bilan clinique approfondi chez les sujets présentant un TDD suspecté ou avéré.**

## II. RESULTATS DE L'AUDIT DES REPAS

L'étude a été réalisée chez 131 patients

L'ensemble des caractéristiques socio-démographiques et cliniques des 131 patients et des modalités de leur prise en charge de sont présentés dans le Tableau B en annexe 5.

### II.1. Caractéristiques socio démographiques des patients

Les patients avaient une moyenne d'âge de 84.8 ans ( $\pm 8.1$ ).

Les deux-tiers (62%, n= 81) étaient des femmes.

Les patients étaient hospitalisés depuis une durée médiane de 14 mois (1 ; 48).

### II.2. Statut nutritionnel des patients

Plus de la moitié (52% ; n=67) des patients avaient été pesés dans la semaine précédant l'étude et 39% (n=50) avaient été pesés entre huit jours à un mois avant l'étude.

Le poids moyen des patients était de 61 kgs ( $\pm 15.1$ ).

Les patients avaient un indice de masse corporelle (IMC) moyen à 23 ( $\pm 5.1$ ), et 37% des patients (n=45) avaient un IMC inférieur à 21.

La plupart (82% ; n=107) des patients bénéficiaient de collations entre les repas et 61% de compléments alimentaires oraux (n=79).

### II.3. Prise en charge selon le type d'établissement

Le tableau 3 suivant montre les modalités pratiquées dans chaque type d'établissement (EHPAD, USLD, SSR et MG) en termes de fréquence de collations, compléments nutritionnels oraux (CNO) et le rythme de pesée des patients. Une collation était proposée à quasiment tous les patients en EHPAD (96%) et les patients étaient pesés au moins une fois par semaine notamment dans les SSR et MG. Par contre la pesée n'était réalisée dans les EHPAD et USLD au moins une fois par mois que dans respectivement 57% et 67% des cas.

Tableau 3	Variables		Service			
	Unités	Modalités	<b>EHPAD</b> (n=54)	<b>USLD</b> (n=27)	<b>SSR</b> (n=25)	<b>MG</b> (n=25)
<b>Collation</b>	n(%)	Oui	51 (96%)	20 (74%)	16 (64%)	20 (80%)
<b>CNO*</b>	n(%)	Oui	24 (45%)	19 (73%)	19 (76%)	17 (68%)
<b>Pesée</b>	n(%)	Non	9 (17%)	1 (4%)	0 (0%)	3 (12%)
		1/semaine	14 (26)	8 (30%)	24 (100%)	21 (84%)
		1/mois	31 (57%)	18 (67%)	0 (0%)	1 (4%)

**Tableau 3.** Prises de collations et de \*complément nutritionnel oral, et rythme des pesées dans les différents types de services.

## II.4. Etat buccodentaire des patients

La bouche était considérée comme propre et hydratée chez 92 % (n=118) des patients/résidents.

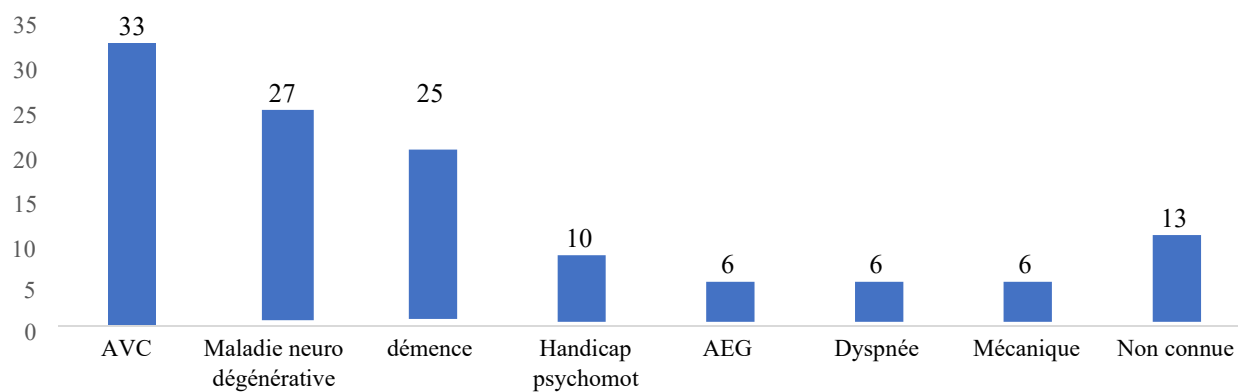
Il était observé un mauvais état dentaire pour 1/3, une sécheresse buccale pour ¼, et des cas plus rares de caries ou mycoses.

La plupart des patients était édentée, 17% des patients avaient 20 dents ou plus.

Des prothèses dentaires étaient prescrites, utilisées et adaptées pour 63% (n=34) des patients.

## II.5. Causes et prise en charge des troubles de la déglutition chez les 131 résidents

Les causes retenues pour les TDD sont présentées dans la figure 2. Les causes les plus fréquentes étaient d'ordre neurologique : accident vasculaire cérébral dans 25% des cas (n=33), maladie neuro-dégénérative dans 21% des cas (n=27) et troubles cognitifs dans 19% des cas (n=25).



**Figure 2** : Répartition de l'origine la plus probable des troubles de la déglutition chez les 131 résidents dans 30 unités d'EPHAD, SSR, USLD ou Court Séjour dans la région Hauts de France et Normandie.

Un bilan de ces TDD avait été réalisé chez 40 patients (37%) et 18 patients (17%) avaient bénéficié d'une rééducation adaptée. Il n'avait pas été demandé de préciser la nature et les détails du bilan et de la rééducation effectués pour ces patients.

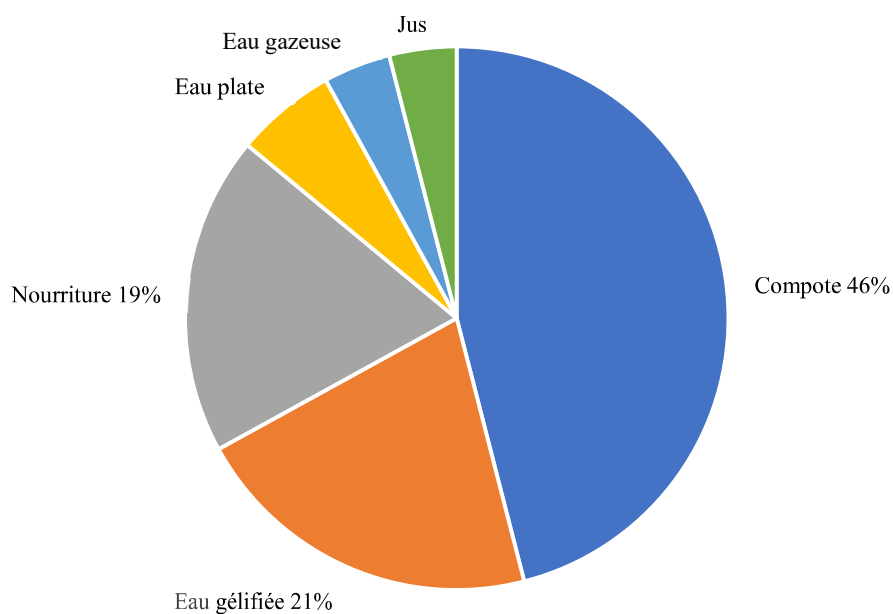
## II.6. Autonomie aux repas

Près de la moitié des patients (49%, n=62) étaient totalement dépendants pour la prise des repas, 17% (n=21) nécessitaient une aide partielle et un-tiers (34%, n=44) étaient totalement autonomes.

## II.7. Prise des médicaments

Les médicaments devaient être pilés pour les 2/3 des patients (65% ; n=84).

Leur administration était rendue possible par le mélange à différents éléments du repas (Figure 3), principalement dans de la compote (46%) ou de l'eau gélifiée (21%).



**Figure 3. Accompagnement des médicaments écrasés.**

Les principaux médicaments pilés sont représentés par classes thérapeutiques dans le tableau 4, les plus représentés étaient les psychotropes (38%), les antalgiques (14%), les anti acides (8%) et les antihypertenseurs. (6%).

Anxiolytiques 26 (18%)	Antidépresseurs 12 (8%)	Neuroleptiques 6 (4%)	Antiparkinsoniens 2 (1%)
Antalgiques 20 (14%)	Anti acides 11 (7.5%)	Potassium 9 (6%)	Antihypertenseurs 9 (6%)
Traitement hormonal 7 (5%)	Anti-diabétiques oraux 6 (4%)	Antiépileptiques 5 (3%)	Vitamines 5 (3%)
Diurétiques 4 (3%)	Laxatifs 4 (3%)	Alpha bloquant 4 (3%)	Hypolipémiant 3 (2%)
Anticoagulants 3 (2%)	Antibiotiques 2 (1%)	Antiagrégants 2 (1%)	Hypo uricémiants 2 (1%)

**Tableau 4.** Répartition par classe des médicaments écrasés administrés aux sujets.  
(Effectif et pourcentage).

Sur les 142 médicaments pilés dispensés aux patients, certains n'étaient pas officiellement éligibles à un écrasement selon les recommandations de l'OMEDIT de Normandie (Tableau 5).

Il s'agissait d'une véritable contre-indication à l'écrasement pour 12% d'entre eux (n=17) et d'une utilisation hors AMM pour 30% d'entre eux (n=43).

<b>Médicaments (Nombre de prescriptions)</b>	<b>Commentaires de l'OMEDIT ou du laboratoire fabricant</b>
Eupantol (8)	Comprimés gastro-résistants non sécables et non écrasables.
Depakote (1)	Ne pas écraser. Désagrégation entérique pour obtention d'une tolérance gastrique optimale.
Bricanyl LP (1)	Ne pas écraser. Libération prolongée liée à la forme galénique
Sinemet (2)	Ne pas écraser. Marge thérapeutique étroite.
Flagyl (1)	Ne pas écraser. Aucune garantie concernant les paramètres pharmacodynamiques et pharmacologiques
Bicalutamide (1)	Aucune étude. Ne pas écraser le comprimé comptetenu de l'indication thérapeutique (anti-cancéreux) .
Diamicron (1)	Comprimé à libération modifiée. Ne pas écraser car risque de variation glycémique trop importante. Privilégier l'insuline.
Januvia (1)	Ne pas écraser. Aucune donnée sur l'efficacité, la biodisponibilité et la stabilité du médicament écrasé
Tardyferon (1)	Ne pas écraser. Risque de modification de biodisponibilité. Formulation spécifique pour une absorption au niveau duodénojunale.
Zopiclone(8); Alprazolam(4) ;Perindopril(4) ; Bisoprolol(5) ;Atenolol(3); Miansérine (2); Levetiracetam(2);Escitalopram(2); Risperidone(2); Metformine(2) ; Tramadol(1) ; Rivastigmine(2) ;Ramipril(1) ;Atorvastatine(1) ; Clopidogrel(1) ; Tamsulosine(1)	Aucune étude n'a été faite pour connaître la cinétique du produit après changement de la présentation galénique. De ce fait, l'écrasement du comprimé (ou l'ouverture de la gélule) constitue une utilisation hors AMM.

**Tableau 5.** Médicaments pilés dispensés ne relevant pas d'un écrasement selon les recommandations.

## II.8. Texture des repas et matériel mis à disposition des résidents

La structure du repas était prescrite par la diététicienne dans 75% (n=57) des cas. Une texture alimentaire unique était attribuée à chaque patient mais les boissons pouvaient être prises sous plusieurs formes (par exemple eau pétillante et eau froide aromatisée).

Les sujets bénéficiaient d'une texture alimentaire majoritairement mixée (43%, n=57) ou lisse (43%, n=56) Les patients bénéficiaient d'une prise de boisson sous forme gélifiée (40%, n=53) ou pétillante (37%, n=49).

Près d'un-tiers des patients (31% ; n=40) buvaient de l'eau plate à température ambiante.

Les couverts mis à disposition des résidents étaient considérés comme étant adaptés dans 92% (n=82) des cas.

L'ensemble des résultats concernant les textures alimentaires solides et liquides ainsi que les ustensiles utilisés est représentée dans le tableau 6.

<b>Texture aliments</b>	Mou/Haché	57 (44%)
	Lisse	56 (43%)
	Semi-liquide	11 (8%)
	Normale	6 (5%)
<b>Boissons</b>	Eau gélifiée	53 (40%)
	Eau pétillante	49 (37%)
	Eau plate température ambiante	40 (31%)
	Eau froide	37 (28%)
	Eau épaissie	30 (23%)
	Eau aromatisée	26 (20%)
	Eau chaude	20 (15%)
<b>Ustensiles</b>	Verre standard	52 (55%)
	Verre à découpe nasale	21 (22%)
	Verre canard	19 (20%)
	Verre avec paille coudée	7 (7%)
	Pipette	7 (7%)
	Verre à large ouverture	5 (5%)

**Tableau 6.** Textures alimentaires solides et liquides ainsi que les ustensiles utilisés.



## II.9. Environnement du repas

Le repas se déroulait dans la chambre pour moitié (50% ; n=66) ou dans une salle commune (50%, n=65), l'ambiance était jugée calme pour 72% des patients audités (n=94).

Plus des trois-quarts (77% ; n=93) des patients prenaient leurs repas installés au fauteuil et 80% (n=103) bénéficiaient d'une installation avec le buste droit et la tête légèrement penchée en avant.

Au moment du repas 44% (n=37) des patients portaient des lunettes et 8% (n=5) un appareil auditif.

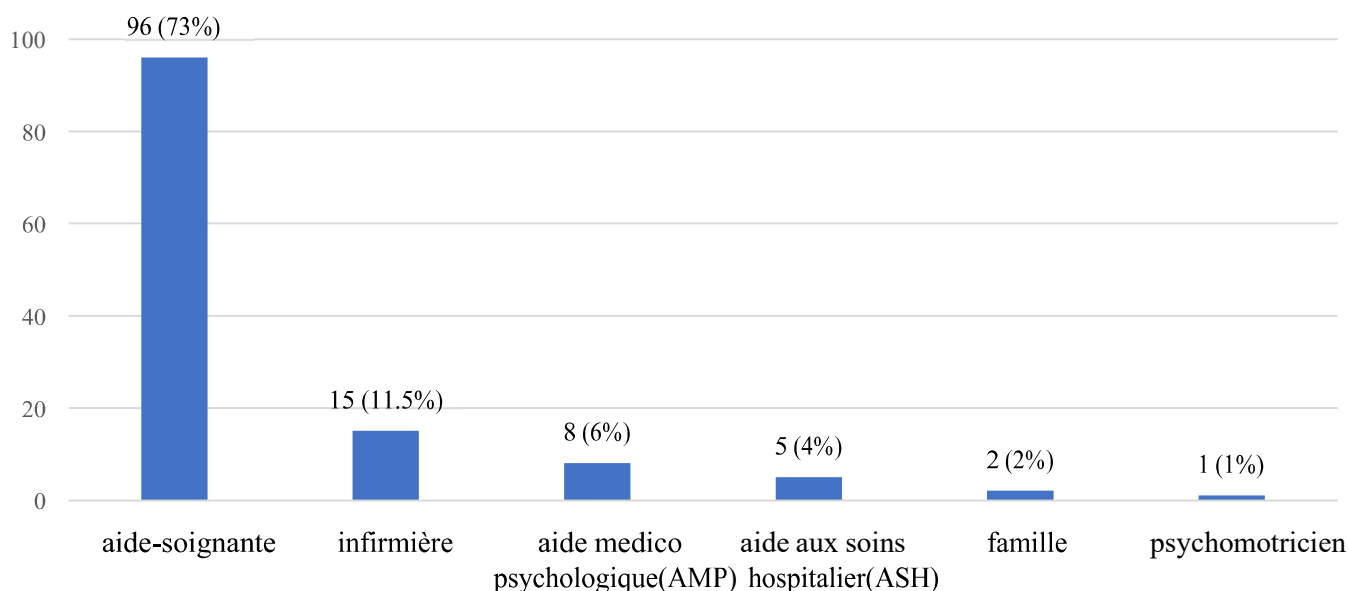
Dix résidents (9%) étaient recouchés dans la demi-heure qui suivait le repas.

## II.10 Participation de l'aidant

La personne qui aidait à la prise du repas a été nommée « l'aidant » dans la suite du manuscrit.

Il s'agit d'un professionnel de santé dans 98% des cas (n=106), d'un membre de la famille dans 2% (n=2).

Le statut de l'aidant est présenté dans la figure 4.



**Figure 4.** Activité de l'aidant.

L'aidant était préalablement informé des TDD du patient dans 81% des cas (n=106).

L'aidant était positionné face au patient dans 79% (n=78) des cas et à sa hauteur dans 96% des cas (N=98).

### **II.11 Description et caractérisation des troubles de la déglutition durant le repas**

Lors du repas, de véritables fausses routes (FR) ont été constatées dans 16% (n=21) des cas, des manifestations fortement évocatrices de TDD dans 43% des cas (n=55) et des manifestations peu évocatrices de TDD dans

34% des cas (n=44).

A la fin du repas, 26% (n=33) des patients présentaient encore des résidus alimentaires dans la bouche.

## DISCUSSION

### I Principaux résultats

Notre enquête repose sur un questionnaire adressé à 45 services de gériatrie et EHPADs et sur l'observation du repas de 131 patients.

Elle montre que la prise en charge des TDD dans les services impliqués mobilise l'ensemble du personnel et que les modalités de prise en charge des TDD sont globalement connues et appliquées. Ainsi, les mesures sécuritaires lors de la prise des repas (médecin joignable, système d'aspiration à proximité) étaient respectées, le déroulement du repas était satisfaisant (ambiance calme, lunettes et prothèses dentaires en place) et l'attitude de l'aidant était conforme (informé des TDD, placé en face et à hauteur du patient, patient non recouché de suite après le repas), le régime alimentaire (texture alimentaire et boissons) était généralement modifié sur avis de la diététicienne, le matériel utilisé était adéquat.

Il apparaît néanmoins des points à améliorer : la formation du personnel était perfectible en termes de prévention et de gestion de l'urgence face aux TDD, les établissements ne disposaient pas suffisamment de protocoles validés pour la prise en charge des TDD et des fausses routes et ne réalisaient pas suffisamment de dépistages et de bilans cliniques approfondis.

## II Comparaison des résultats avec la littérature.

### **Formation du personnel soignant**

Nous avons constaté à travers cette enquête une probable insuffisance de formation du personnel soignant en termes de dépistage et de prise en charge des TDD des sujets gériatriques. Ce constat est identique dans toutes les structures que nous avons étudiées (EHPAD, SSR, USLD ou Médecine Aigue Gériatrique).

Une enquête de pratiques réalisée en 2018 dans un hôpital Rouennais (20) témoignait d'une carence encore plus forte de formation du personnel soignant, en effet seule la moitié des IDE et AS avaient été formées pendant leurs études et aucune d'elles n'avait bénéficié de formation spécifique aux TDD après leurs études.

Les difficultés exprimées par le personnel quant aux TDD étaient surtout le manque de connaissances, l'appréhension du premier repas des résidents, le manque de temps ainsi que le manque de personnel.

Plusieurs auteurs confirment ce besoin d'une meilleure formation concernant les TDD (21 ;22). Cette question a fait l'objet d'une étude (23) menée en 2016 dans 35 USLD et EHPADs de la région toulousaine, il était observé que les aidants professionnels et les orthophonistes travaillant auprès des patients âgés dysphagiques manifestaient le besoin de formation à ce sujet, notamment concernant l'adaptation des aliments ainsi que l'installation des sujets et des aidants durant le repas.

Dans notre étude on constate que les médecins étaient relativement bien formés à la prévention des TDD, cependant leur formation à l'urgence des fausses routes datait de dix ans en médiane et un tiers d'entre eux n'avait pas été formés à ce sujet. Or une des missions des médecins hospitaliers et médecins coordonnateurs d'EHPAD est de participer à la formation continue des soignants et à leur sensibilisation aux problématiques sur la

nutrition et les TDD (24), il semble donc indispensable d'actualiser régulièrement les connaissances de l'ensemble du personnel soignant, médecins compris.

### **Pratiques concernant le dépistage et la prise en charge des TDD.**

Il semble exister une hétérogénéité en termes d'existence de protocoles sur le dépistage et la prise en charge des TDD. Or de tels protocoles doivent être répandus le plus largement possible et régulièrement actualisés afin d'optimiser la prise en charge des patients dysphagiques (10). Ils sont d'ailleurs facilement accessibles au sein des différents réseaux gériatriques. (25)

Une étude réalisée en 2018 dans la région rouennaise (26) établissait une absence de protocoles mis à la connaissance du personnel soignant notamment en matière de dépistage des TDD. Une autre étude réalisée en 2013 dans 27 EHPAD en région parisienne (10) retrouvait la présence de tels protocoles dans 90% des cas.

Notre étude semble confirmer cette disparité, on tend à observer une insuffisance d'utilisation de protocoles validés récents (moins de 5 ans) concernant les TDD : un tiers des structures ne disposaient pas de protocole d'urgence en cas de fausse route alimentaire, et deux tiers ne disposaient pas de protocole alimentaire pour les patients dysphagiques ni de protocole de dépistage des TDD.

Notre étude suggère que ces protocoles étaient moins largement diffusés dans les services de médecine aigue gériatrique, s'expliquant peut-être par une prise en charge plus ciblée sur un problème médical aigu dans ces unités de soins.

Concernant la démarche diagnostique des TDD, notre enquête a montré que seulement la moitié des structures réalisaient un dépistage systématique des TDD à l'entrée des patients.

Dans les structures étudiées, un-tiers utilisait un test standardisé, et seules 6 structures parmi 30 avaient déclaré se servir d'un test de type V-VST. Une revue de la littérature réalisée en 2014 (27) sur 20 études internationales à ce sujet confirme qu'il existe une grande hétérogénéité de ces méthodes de dépistage, il n'existe pas de consensus sur la meilleure procédure à appliquer, il appartient aux professionnels de choisir l'instrument qui convient aux exigences de leur activité, le fonctionnement du service et le profil des patients rencontrés.

Un bilan approfondi des troubles avait été réalisé chez 37% des patients étudiés. Ce chiffre est discordant avec celui rapporté dans les questionnaires destinés aux structures, en effet 58% d'entre elles déclaraient que les patients bénéficiaient systématiquement d'un bilan clinique approfondi en cas de suspicion de dysphagie. Il peut s'agir d'un manque de communication inter personnels ou alors d'une surestimation des bonnes pratiques dans leurs services respectifs.

Lorsqu'un bilan était réalisé, il était principalement conduit par un(e) orthophoniste (70%). Les autres professionnels de santé (gériatre, ORL, kinésithérapeute) étaient très peu sollicités.

Or nous savons que le recours à des acteurs de santé spécialisés et la réalisation éventuelle d'examens paracliniques permet une analyse plus fine de la physiopathologie des TDD.

Nos résultats semblent meilleurs que ce qui est rapporté dans l'étude auprès de 27 EHPAD de région parisienne en 2013 (10) où il était retrouvé seulement 10% d'examen clinique réalisés par le médecin traitant ou médecin coordonnateur et 20% par l'ORL.

Ce déficit d'exploration approfondie des TDD a également été observé dans une étude réalisée en 2016 auprès d'acteurs de santé intervenant au domicile de patients âgés

dysphagiques dans les Hauts-de-France (22) où l'évaluation des troubles par un orthophoniste n'était pas systématique et les adaptations étaient préconisées par mesure de précaution sans qu'une évaluation fine du trouble n'ait eu lieu.

Les patients de notre étude avaient bénéficié d'une rééducation adaptée dans 17% des cas, sans qu'il soit demandé d'en préciser les modalités. Il semble évident que la majorité des patients auraient dû avoir une rééducation adaptée, en effet il est unanimement reconnu que les patients dysphagiques doivent bénéficier d'une adaptation diététique et posturale, et également d'une rééducation spécifique en relation avec la cause des TDD (28). Cependant beaucoup des patients et résidents en milieu gériatrique présentent des troubles cognitifs pouvant limiter les possibilités rééducatives.

Nous pouvons aussi noter que, dans notre étude, les orthophonistes sont au premier plan (70%) dans la réalisation du bilan clinique approfondi lorsqu'un TDD est suspecté, pourtant leur temps de présence était très limité dans les services enquêtés, rendant bien difficile en pratique la réalisation des bilans et les prises en charge rééducatives.

### **Prise en charge nutritionnelle et suivi bucco-dentaire**

Sur le plan nutritionnel, notre enquête révèle que les patients étaient pesés régulièrement et qu'ils bénéficiaient le plus souvent de compléments nutritionnels oraux (CNO) ou de collations entre les repas.

Les TDD entraînent un risque accru de dénutrition, cela a été l'objet d'une étude menée en 2015 dans un service de gériatrie à l'hôpital de Mataro en Espagne (29), il en ressortait que la prévalence des TDD était plus élevée que la prévalence de la dénutrition chez les sujets âgés, que les TDD étaient un facteur de risque indépendant de malnutrition, et que ces deux facteurs étaient significativement liés à une hausse de mortalité. Or d'après une enquête (30) réalisée entre novembre 2014 et janvier 2015 par l'UFC-Que choisir auprès de 131 EHPAD

français, 18% des établissements s'abstenaient de peser les résidents une fois par mois, ce qui est le minimum requis pour les sujets institutionnalisés d'après les recommandations officielles.

Les résultats sont bien meilleurs dans notre enquête, en effet 90% des patients étaient pesés de manière hebdomadaire en SSR et en MG, et 88% étaient pesés au moins une fois par mois en USLD et en EHPAD.

Cela est donc conforme aux recommandations de la HAS.

Selon les recommandations (31), la prise en charge nutritionnelle passe également par des conseils nutritionnels, une alimentation enrichie (grade C) voire une complémentation nutritionnelle orale en cas d'échec de ces mesures ou bien d'emblée chez les malades ayant une dénutrition sévère (grade C).

Une étude réalisée dans un EHPAD à Dunkerque en 2018 (32) a montré que la formation du personnel soignant dans le domaine nutritionnel en général et sur le bon usage des CNO en particulier a eu un effet positif avec une diminution significative du taux de dénutrition sévère dans l'établissement.

Dans notre enquête, la grande majorité des patients bénéficiaient de collations entre les repas ou de compléments nutritionnels oraux. On observe que les patients bénéficiaient quasi systématiquement de collations en EHPAD mais moins souvent de CNO, contrairement aux autres structures de soins. Cela peut s'expliquer par la notion même de l'EHPAD qui est plus un lieu de vie qu'un lieu de soins. Par ailleurs, selon l'Association Culinaire des Etablissements Hospitaliers de France, les plats enrichis « hyperprotéinés » sont directement imputés sur le « budget restauration », ils peuvent donc faire l'objet de plus de restrictions que les CNO qui sont pris en charge sur le « budget pharmacie » et relèvent d'une prescription médicale. Il ressort donc de notre EPP une prise en charge nutritionnelle correcte, d'ailleurs



la majorité des patients audités ne présentait pas de dénutrition (appréciée par l'IMC) malgré leurs TDD.

Sur le plan bucco-dentaire, la HAS recommande un suivi annuel pour les adultes (33). Une étude réalisée dans des EHPAD en région parisienne en 2014 (34) établissait le passage d'un dentiste dans 70% de ces établissements. Dans notre enquête, bien que seuls 22% des services disposaient du passage occasionnel d'un dentiste, 90% des sujets présentaient une cavité buccale considérée comme hydratée et propre, et les prothèses dentaires étaient en place et adaptées dans deux tiers des cas. Cela était donc satisfaisant de ce point de vue, l'intervention du dentiste plus rare dans notre enquête est certainement liée aux services de médecine ou SSR hospitaliers qui n'ont pas vocation à réaliser un suivi bucco-dentaire en l'absence de manifestation stomatologique.

### **Prise des médicaments**

L'écrasement de certains médicaments peut être dommageable pour la santé des patients, pouvant entraîner une inefficacité du médicament, des effets toxiques, une altération du microbiote oral, ou encore une modification du goût (35).

Deux études portant sur les pratiques d'écrasement des médicaments ont été réalisées, en 2009 au CHU de Rouen (36) et en 2016 dans 10 EHPADs en Alsace (37), il en ressortait que respectivement 41% et 45% des médicaments écrasés présentaient une contre-indiquant l'écrasement. Il s'agissait en particulier de comprimés à libération prolongée et de comprimés gastro-résistants.

Dans notre étude, deux-tiers des patients prenaient leurs médicaments sous forme écrasée, les plus fréquemment prescrits étaient des psychotropes (38%) et des antalgiques (14%). Certains médicaments prescrits n'étaient cependant pas éligibles à l'écrasement. Il s'agissait d'une utilisation hors AMM pour 30% d'entre eux (n=43) du fait de l'absence d'étude réalisée afin de connaître la cinétique après changement de leur présentation galénique. Une véritable contre-indication à l'écrasement a été relevée pour 12% d'entre eux (n=17).

Ce résultat est satisfaisant mais il est à pondérer car il n'était pas demandé explicitement de préciser en détail les caractéristiques des médicaments distribués et notamment leur galénique, qui auraient pu permettre de mieux évaluer la pertinence de leur écrasement.

Outre la question de l'écrasement des médicaments, les médicaments peuvent avoir un impact sur la déglutition (38) en modifiant l'état de vigilance (benzodiazépines, somnifères), en favorisant les dyskinésies oro-faciales (neuroleptiques) ou en altérant la salivation (anticholinergiques) (39).

S'il apparaît que peu de contre-indications absolues à l'écrasement n'aient été relevées dans notre enquête, il est tout de même mis en évidence une large prescription de ces molécules « à risques » en premier rang desquelles la classe des médicaments psychotropes. Une attention particulière doit donc y être accordée.

Dans notre enquête, la moitié des médicaments écrasés étaient dispensés dans de la compote et un quart dans de l'eau gélifiée.

Or certains médicaments écrasés ou mélangés laissent une amertume persistante en bouche ainsi qu'une sensation nauséuse (35) et peuvent ainsi conduire à un refus de la prise de repas et être responsables d'une anorexie et d'une dénutrition. Une étude (40) a été réalisée

afin d'identifier les médicaments en cause dans les troubles du goût en s'appuyant sur les cas déclarés dans la Banque Nationale de Pharmacovigilance. De nombreux médicaments peuvent être responsables de trouble du goût, les plus impliqués étaient par ordre de fréquence les IEC, les antiparkinsoniens, les anxiolytiques et hypnotiques, les antithyroïdiens de synthèse, les inhibiteurs calciques et enfin les diurétiques. Cela a été confirmé par une étude menée en 2015 au CHU de Nice (41) afin d'étudier l'impact des médicaments écrasés sur le goût des aliments pour les personnes âgées. Il est apparu que le goût des aliments pouvait être exécrable notamment lorsque plusieurs médicaments étaient écrasés dans la nourriture, les plus mauvaises notes étaient attribuées au zopiclone, au clopidogrel et au paracétamol.

### **Prise du repas.**

En ce qui concerne la prise du repas à proprement parler, on observe dans notre étude que l'atmosphère était calme, la posture des patients et des aidants était correcte, les appareils dentaires étaient en place et adaptés, et les mesures de sécurité présentes avec un système d'aspiration en place et un médecin joignable immédiatement.

Les ustensiles semblaient adaptés selon les répondants, mais en réalité le verre standard était utilisé pour 55% des cas, et le verre canard pour 20% alors qu'il est fortement déconseillé.

Les boissons étaient consommées sous forme gélifiée ou pétillante comme le suggèrent les recommandations, cependant un tiers des patients buvait de l'eau plate à température ambiante.

La texture alimentaire était modifiée dans 95% des cas, mixée ou lisse principalement, et avait été préconisée par une diététicienne dans 75% des cas. On peut donc estimer que l'ambiance lors de repas était globalement correcte et le régime alimentaire et hydrique des patients était pertinent.

Ce constat a également été observé dans une évaluation des pratiques professionnelles sur les TDD en HAD en 2016 dans les Hauts-de-France (42) où l'adaptation de la posture des sujets dysphagiques était largement conseillée par le personnel soignant (80%), l'adaptation alimentaire était également plébiscitée (72%), mais, contrairement à notre enquête, moins de 10% des répondants précisaient se tourner vers un médecin et/ou une diététicienne pour convenir des adaptations à proposer.

La pratique consistant à modifier les textures d'emblée en cas de doute sur la présence de TDD a également été constatée dans une étude réalisée auprès de 112 professionnels de santé dans des EHPAD du Nord-Ouest de la France (43); la modification des textures était parfois utilisée par excès, or les plats mixés sont souvent moins appétissants et peuvent donc être source d'une dénutrition.

Se pose également le problème éthique des patients qui refusent leur régime alimentaire, le débat reste ouvert entre le risque de complications et le libre choix des patients. Il faut s'attacher à écouter le patient en l'aidant à s'exprimer. Il faut aussi prendre le temps, les urgences engageant le pronostic vital sont rares. Ce temps permet le plus souvent de prendre de la distance pour comprendre ce qui se passe, apaiser et dénouer les crises. Enfin, il peut être judicieux d'introduire un tiers, tel un psychologue, afin de ne pas s'enfermer dans une relation à deux, où le malade est en position de faiblesse. (44)

Concernant l'aidant, nous savons qu'il a un rôle majeur auprès des patients dysphagiques.

Ils ont un rôle dans le dépistage de la dysphagie et la prévention des fausses routes en observant les patients lors de la prise alimentaire, ils leur apportent une aide tout en maintenant leur dignité, afin de favoriser leur autonomie et leur indépendance. (45)

Une étude américaine de 2005 (46) et une étude réalisée en Afrique du Sud en 2006 (47) dans des services de SSR établissaient que les aidants professionnels avaient parfois des pratiques d'alimentation incorrectes voire dangereuses du fait d'un manque de connaissances sur cette problématique.

Dans notre enquête, l'attitude des aidants, très majoritairement professionnels, était largement conforme, son positionnement par rapport au patient était adéquat, il était toujours informé des TDD présentés par le patient, et le patient n'était pas immédiatement recouché après le repas. Cela suggère que malgré un manque ressenti et objectif de connaissances théoriques, les aidants étaient sensibilisés à cette problématique et pratiquaient des gestes adaptés envers les patients dysphagiques.

#### IV Forces et faiblesses

Par souci d'exhaustivité, la diffusion du questionnaire a été le plus large possible dans les régions Hauts-de-France et Normandie. Bien que 45 services gériatriques ou EHPAD aient participé, cela représente un faible pourcentage des établissements. En effet les régions NPDC Picardie et Normandie compte à elle deux 979 EHPAD et 130 hôpitaux qui pour la plupart ont au moins un service de gériatrie (48 ;49 ;50). Le relatif petit nombre de centres participants est la principale faiblesse de l'étude avec le caractère déclaratif des réponses aux questionnaires et le fait que l'auditeur des repas fasse partie de l'établissement.

De plus le choix d'un questionnaire avec des questions fermées peut limiter la qualité et la richesse des réponses données. On aurait pu envisager un échange direct sous forme d'un entretien avec le médecin ou IDE coordonnateur, au cours duquel le questionnaire aurait pu

être rempli. Cela aurait pu permettre une meilleure compréhension des questions et des réponses plus détaillées ou des réflexions supplémentaires.

Des questions complémentaires, sur la nature du bilan clinique approfondi et de la rééducation, sur les traitements à risque, auraient pu compléter notre enquête, mais auraient augmenté le temps nécessaire pour répondre au questionnaire

Les forces de cette étude sont la double approche reposant sur un questionnaire rempli par les structures mais également sur une observation du repas de 131 résidents âgés institutionnalisés et présentant des TDD connus des professionnels. Une autre force est la diversité des établissements et services participants. Par ailleurs, l'évaluation des pratiques a été réalisée grâce à l'utilisation d'une grille d'enquête identique pour l'ensemble des établissements participants, selon les mêmes modalités et durant une même période. La méthode employée a donc été parfaitement homogène, ce qui est un gage de qualité des résultats.

## V Perspectives

Les résultats de notre enquête suggère qu'il faut améliorer la prise en charge des TDD dans les services de gériatrie et EHPAD, en réalisant une démarche systématisée en équipe pluridisciplinaire, et en mettant en place différentes mesures au sein des établissements gériatriques.

Les leviers d'amélioration sont la formation, le dépistage, le choix du bon régime alimentaire et des bons outils, des bonnes galéniques pour les médicaments, le travail en interdisciplinarité et en filière

Une étude australienne réalisée en 1998 (51) notait déjà que l'amélioration des connaissances des soignants dans la détection et la gestion de la dysphagie, au moyen d'une formation spécialisée, permettait une meilleure prise en charge des personnes présentant des troubles de déglutition. Ce constat a également été mis en évidence en 2016 auprès de soignants intervenants au domicile de sujets dysphagiques dans le Nord de la France (42).

Dans ce contexte, à la suite de notre EPP, a été mis en place une action de prévention par une orthophoniste dans cinq EHPAD des Hauts-de-France en 2018 (52). Une évaluation des pratiques pré et post formation a permis de confirmer une amélioration de la connaissance du personnel soignant en matière de dépistage et de prise en charge des TDD du sujet âgé, elle a permis de favoriser les échanges pluridisciplinaires et a promu l'importance de l'intervention orthophonique en cas de suspicion de dysphagie.

Il faut systématiser le dépistage des personnes à risque, avec en premier lieu la connaissance des signes d'alerte par les soignants et le signalement précoce des sujets à risque, et en se basant sur une démarche uniformisée s'appuyant sur des protocoles.

Une enquête réalisée dans cent unités de soins intensifs neurovasculaires en France en 2014 (53) a montré que l'implantation d'un protocole de dépistage des TDD, bien acceptée par le personnel, a engendré une évolution notable des connaissances des soignants, une intervention orthophonique plus efficace auprès des patients et une amélioration de la communication interprofessionnelle. Elle a non seulement permis de répondre aux recommandations de la HAS, mais aussi d'améliorer les pratiques au sein du service.

La mise en place d'un dépistage systématique dans une unité de court séjour gériatrique à Lille en 2019 (8), reposant sur une partie motrice et sur un test à l'eau, a permis une adaptation plus précoce des textures alimentaires et des boissons. Il s'agissait d'un test original, rapide et reproductible qu'il conviendrait de diffuser plus largement sous réserve d'une validation par une étude à plus grande échelle.

Il faut que l'adaptation des régimes et du matériel spécialisé soit ordonnée par la diététicienne et l'ergothérapeute. Les boissons doivent être idéalement aromatisées ou gazeuse, à température franche (chaude ou froide). Il faut répandre l'utilisation d'ustensiles appropriés comme le verre avec paille coudée et éviter d'utiliser d'autres ustensiles inadéquats, comme le verre canard, par une démonstration lors de sessions d'information comme cela avait été réalisé avec succès durant l'action de prévention en HAD en 2016.

(22)

Notre enquête souligne aussi le devoir de vigilance dans la prescription des traitements pour les patients dysphagiques, et la nécessité d'être certain que les médicaments soient compatibles avec un écrasement.

L'étude menée en 2009 au CHU de Rouen a conclu que l'écrasement des médicaments exposait à des risques iatrogènes pour les patients et également à des risques professionnels pour le personnel soignant (toxique ou allergique). Partant de ce constat, des recommandations locales ont été élaborées pour corriger les dysfonctionnements liés à cette pratique (54), une liste des médicaments « écrasables » éditée par l'OMEDIT de Normandie actualisée en septembre 2019 a été mise à disposition. (55)

L'Agence régionale de santé a également mis au point un guide de bonnes pratiques sur l'écrasement, elle préconise des alternatives à l'écrasement par changement de forme



galénique (suspension buvable, forme orodispersible), l'utilisation d'autres molécules dont la forme galénique autorise l'écrasement, ou encore des thérapeutiques alternatives.

Afin de d'aider les médecins à ôter de leurs prescriptions les molécules à risque chez les patients dysphagiques ou susceptibles de l'être, des recommandations de la HAS ont été élaborées et permettent de proposer aux médecins des stratégies pour faciliter l'arrêt de la prise des benzodiazépines et médicaments apparentés par les patients âgés. (56)

Par ailleurs, lorsque l'on dispense des médicaments écrasés, il faut veiller à choisir le bon substrat.

L'étude menée en 2015 au CHU de Nice afin d'étudier l'impact des médicaments écrasés sur le goût des aliments a permis de mettre en avant que le goût fût meilleur lorsque les médicaments écrasés étaient mélangés avec de la compote ou de la confiture, au goût plus sucré, plutôt qu'avec de l'eau gélifiée, et la mie de pain blanc permet de faire passer le goût amer des médicaments (41).

Dans une étude réalisée en 2015 auprès de sujets âgés dysphagiques en EHPAD (26), il a été souligné que les formations et les actions de préventions distillées au personnel soignant, bien que très riches en informations, peuvent difficilement s'inscrire dans le fonctionnement de l'institution et pâtissent du turn-over des soignants.

Au sein d'une institution gériatrique, il est important que les compétences de chacun ne restent pas cloisonnées mais se complètent les unes les autres. Il faut prendre en compte le patient dans sa globalité. L'ensemble des acteurs participant à la prise en charge des TDD doit être impliqué, un diagnostic clinique et para clinique systématisé pour les sujets à risque doit être réalisé, avec l'appui de spécialistes et le développement d'une filière (ORL, Orthophoniste, Kinésithérapeute, Ergothérapeute, Diététicienne...).

L'étude réalisée en 2014 dans un hôpital gériatrique du Val-de-Marne 2014 (34) a évalué l'effet d'un partenariat entre l'orthophoniste et le personnel soignant dans la prise en charge des TDD. Il a été confirmé que la pluridisciplinarité était un vecteur d'optimisation de l'alimentation et de l'hydratation, et qu'elle était source de « mieux-être » pour la personne âgée dysphagique. Il semble donc essentiel d'établir une collaboration entre tous les intervenants entourant les patients qui présentent des troubles de la déglutition.

## CONCLUSION

Les troubles de la déglutition représentent un problème fréquent chez les sujets âgés hospitalisés et/ou institutionnalisés, et sont la source d'une lourde morbi-mortalité. Nous avons observé dans notre étude que le personnel soignant intervenant auprès des patients dysphagiques était sensibilisé à cette problématique, et la prise en charge des troubles de la déglutition était globalement correcte.

Cependant, certains aspects de la prise en charge sont perfectibles.

Un dépistage systématique des sujets à risque devrait être réalisé selon les recommandations, via un interrogatoire et un examen clinique reposant sur des tests standardisés facilement réalisables en pratique courante, éventuellement complétés par des examens complémentaires, en faisant intervenir un groupe pluri disciplinaire d'acteurs de santé, allant des AS, aux IDE, médecins et orthophonistes. Des stratégies thérapeutiques reposant sur des techniques de compensation (régimes alimentaires) ou des méthodes de rééducation devraient être la règle.

Aux vues des résultats de notre étude, il conviendrait certainement de mettre en place une démarche plus systématisée qu'elle ne l'est actuellement concernant le dépistage et la prise en charge des TDD en gériatrie. Dans ce but, il conviendrait d'instaurer certaines mesures :

- Un dépistage systématique des TDD chez les sujets gériatriques par la réalisation de tests de déglutition standardisés et par la connaissance des signes d'alertes.
- Un bilan clinique approfondi éventuellement complété par des examens complémentaires chez les sujets avec des TDD suspectés, en développant un travail en réseau (orthophoniste, ORL, gériatre kinésithérapeute, diététicienne, ergothérapeute...).
- Le recours à un matériel et des régimes alimentaires adaptés aux TDD.
- La diffusion de protocoles et la réalisation de formations du personnel soignant concernant le dépistage et la prise en charge des TDD.
- Une réévaluation

régulière de la pertinence des traitements et la vérification de la possibilité d'écrasement des médicaments.

Ces mesures permettraient de prévenir les complications aiguës ainsi que la dénutrition liée aux TDD, tout en améliorant la qualité de vie des résidents.

## REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

- 1) Population par sexe et groupe d'âge en 2020. INSEE  
*[en ligne]* <https://www.insee.fr/fr/statistiques/2381474>
- 2) Statistiques et études. Projection de population à l'horizon 2060. INSEE.  
*[en ligne]* <https://www.insee.fr/fr/statistiques/1281151>
- 3) Allard M, Forette B. Syllabus gériatrique, Fondation IPSEN, Société française de gérontologie. 1998.  
*[en ligne]* <http://www.sudoc.fr/048289140>
- 4) Chen P, Golub JS, Hapner ER, Johns MM. Prevalence of perceived dysphagia and quality-of-life impairment in a geriatric population. *Dysphagia*. 2009;24(1):1-6
- 5) Streicher M, Wirth R, Schindler K, Sieber CC, Hiesmayr M, et Volkert D. Dysphagia in Nursing Homes-Results From the Nutrition Day Project. *Journal of the American Medical Directors Association*. 2018;19(2):141-147
- 6) Allepaerts S, Delcourt S, Wislez S, Boman X, Magne J, Petermans J. Promoting factors of laryngeal penetrations in elderly. *Gériatrie Psychol Neuropsychiatr Vieil*. 2011;9(1):45-50
- 7) Leslie P, Carding PN, Wilson JA. Investigation and management of chronic dysphagia. *Br Med J*. 2003 Feb 22 ; 326(7386): 433-436
- 8) Hammer, J. Etude descriptive de la prévalence des troubles de la déglutition suite à la mise en place d'un dépistage systématique dans un service de court séjour gériatrique. [Thèse de doctorat en médecine] Université de Lille. 2020
- 9) Horner, J., M. J. Alberts, D. V. Dawson, et G. M. Cook. « Swallowing in Alzheimer's Disease ». *Alzheimer Disease and Associated Disorders*. 1994 ;8(3): 177-89.

- 10) Guedj Rouah, A. La prise en charge des troubles de la déglutition en EHPAD. [Mémoire de Diplôme Inter Universitaire]. Paris : Université Rene Descartes-Paris V-Faculté Cochin. 2013. *[en ligne]* [ehpad.org/Bibliotheque/Memoires/annee-2012-2013/15](http://ehpad.org/Bibliotheque/Memoires/annee-2012-2013/15)
- 11) Pouderoux, P., Jacquot, J.M., Royer, E. et Finiels, H. Les troubles de la déglutition du sujet âgé, Procédés d'évaluation. La Presse Médicale. 2001;30:1635-1644.
- 12) Woisard-Bassols, V. et Puech, M. La réhabilitation de la déglutition chez l'adulte. Le point sur la prise en charge fonctionnelle. 2011 ; (2e édition revue et augmentée). Paris: De Boeck Supérieur.
- 13) Cot F, La dysphagie oro-pharyngée chez l'adulte. Paris : Maloine ;1996  
*[en ligne]* <http://www.sudoc.fr/005178010>
- 14) Guatterie M, Lozano V. Classification des fausses routes. Colloque Déglutition et dysphagie. Bordeaux. 1993 May 14-15.  
*[en ligne]* [http://www.patriziacancialosi.it/1/upload/doc.\\_n.\\_15.pdf](http://www.patriziacancialosi.it/1/upload/doc._n._15.pdf)
- 15) DePippo, K. L., M. A. Holas, et M. J. Reding. « Validation of the 3-Oz Water Swallow Test for Aspiration Following Stroke ». Archives of Neurology 49. 1992 Dec;49(12):1259-61
- 16) Michel, A. Prévalence, dépistage et caractéristiques des troubles de la déglutition dans une population âgée ambulatoire suivie en consultation mémoire. [Thèse de doctorat en médecine] Université de Rouen. 2016. *[en ligne]* <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01207675>
- 17) Bocquet E, Déglutition dysfonctionnelle : influence sur la posture, [Mémoire de Master en Biologie-Santé-Physiologie] Université de Lille. 2005  
*[en ligne]* <http://www.sudoc.fr/125276729>

- 18) Ruglio, V. La prise en charge orthophonique et pluriprofessionnelle des troubles de la déglutition chez le sujet âgé. La Revue Francophone de Gériatrie et de Gériatrie, 2013 Mar ;20(193) :111-16.
- 19) Bleeckx, D. (2007) « Visions épidémiologiques et aspects pluri-professionnels de la dysphagie en neurologie. Kinésithérapie, la revue. 2007 ; 7(64): 33-37
- 20) Michau H, Une démarche qualité en établissement hospitalier : dépistage, diagnostic et prise en charge des troubles de déglutition. [Mémoire d'orthophonie] Rouen : Université Rouen Normandie. 2018  
*[en ligne]* <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01841421/document>
- 21) Blackwell Z, Littlejohns P. A Review of the Management of Dysphagia. A South African Perspective. Journal of Neuroscience Nursing. 2010 ; 42 (2) :61-70
- 22) Brieden Delbart. Dépistage et prise en charge pluridisciplinaire des troubles de la déglutition du patient âgé et rôle de l'orthophoniste. [Mémoire d'orthophonie] Université de Lille. 2016. *[en ligne]* <http://pepite.univ-lille2.fr/thematic-search.html?menuKey=memoire&submenuKey=dates&id=2016>
- 23) Brazzaloto, M. La dysphagie neurogériatrique : élaboration de supports destinés à la formation des aidants professionnels. [Mémoire d'orthophonie] Académie d'Amiens : Université Picardie Jules Verne. 2016. *[en ligne]*  
<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01451005/document>
- 24) Kadner, A. Prévention des troubles de la déglutition chez les personnes âgées en EHPAD : création d'un protocole d'évaluation du risque de décompensation de la dysphagie [Mémoire d'orthophonie] Toulouse : Université Paul Sabatier-Toulouse III. 2015. *[en ligne]* <http://thesesante.upstlse.fr/1659/1/3405A20152.pdf>

- 25) Troubles de la déglutition dans l'accident vasculaire cérébral. Détection et conduite à tenir. CLAN, CHU Limoges. 2012 [en ligne]  
[http://www.chu-limoges.fr/IMG/pdf/470\\_troubles\\_de\\_la\\_dglutition\\_avc.pdf](http://www.chu-limoges.fr/IMG/pdf/470_troubles_de_la_dglutition_avc.pdf)
- 26) Michau H, Une démarche qualité en établissement hospitalier : dépistage, diagnostic et prise en charge des troubles de déglutition. [Mémoire d'orthophonie] Rouen : Université de Rouen Normandie. 2018. [en ligne]  
<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01841421/document>
- 27) Etges CL, Scheeren B, Gomes E et De Rosa Barbosa L. Screening tools for dysphagia: a systematic review. 2014;26(5):343-9 [en ligne]  
<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25388065/>
- 28) Bleeckx D, Postiaux G. Déglutition – évaluation – rééducation. EMC Médico-chirurgicale, Kinésithérapie. Éditions Scientifiques et Médicales Elsevier SAS. 2002 Jan ;26-430-A-10
- 29) Carrion, S. Oropharyngeal dysphagia is a prevalent risk factor for malnutrition in a cohort of older patients admitted with an acute disease to a general hospital. Clinical Nutrition. Ed Elsevier. 2015 Jun;34(3):436-442
- 30) On ne mange pas comme il faut en EHPAD. EHPAD Magazine. Mars 2015. [en ligne] <https://www.ehpads-magazine.com/on-ne-mange-pas-comme-il-faut-en-ehpad/>
- 31) Stratégie de prise en charge en cas de dénutrition protéino-énergétique chez la personne âgée. HAS. 2007 [en ligne] [https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/synthese\\_denutrition\\_personnes\\_agees.pdf](https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/synthese_denutrition_personnes_agees.pdf)
- 32) Blanckaert, J. Dénutrition des personnes âgées dépendantes en Institution : Réévaluation nutritionnelle après formation du personnel sur l'ensemble des aspects de la restauration. [Thèse de doctorat en médecine] Université de Lille. 2018. [en ligne] <http://pepite-depot.univlille2.fr/nuxeo/site/esupversions/3009efaa-964b-44b6-a547-5556ae29137f>



- 33) Stratégies de prévention de la carie dentaire. Recommandations en santé publique. 2010. [en ligne] [https://www.has-sante.fr/jcms/c\\_991247/fr/strategies-de-prevention-de-la-carie-dentaire](https://www.has-sante.fr/jcms/c_991247/fr/strategies-de-prevention-de-la-carie-dentaire)
- 34) Briand, C. La dysphagie en milieu hospitalier gériatrique: importance du partenariat orthophoniste - personnel soignant, [Mémoire d'orthophonie] Académie de Paris : Université Paris VI Pierre et Marie Curie. 2014. [en ligne] <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01077375/document>
- 35) Pasqualini S. Etat de santé bucco-dentaire et pratique des médicaments écrasés chez les personnes âgées en institution. [Thèse de doctorat en chirurgie dentaire]. Faculté de chirurgie dentaire de Nice. 2015 [en ligne] <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01303944/document>
- 36) Administration non conventionnelle des médicaments (écrasement des comprimés ouverture des gélules) : Etude prospective et propositions. Rapport étude - Service de gériatrie – CH Rouen. 2010.  
[en ligne] [https://www.hassante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2011-05/14\\_medicaments\\_eccrases\\_doucet\\_valide\\_chu\\_rouen\\_18.13.11.pdf](https://www.hassante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2011-05/14_medicaments_eccrases_doucet_valide_chu_rouen_18.13.11.pdf)
- 37) Capet C, Delaunay O, Idrissi F, Landrin I et Kadri N. Prescriptions et administrations inappropriées de médicaments dans dix établissements alsaciens d'hébergement pour personnes âgées dépendantes–France. Revue d'épidémiologie et de Santé Publique 2016;64:95-105.
- 38) Allepaerts S, Delcourt S et Petermans, J. Les troubles de la déglutition du sujet âgé : un problème trop souvent sous-estimé. Revue médicale de Liège. 2008;63(12),715-721
- 39) Forster A, Samaras N, Notaridis G, Morel P, Hua-Stolz J et Samaras D. Évaluation et dépistage des troubles de la déglutition en gériatrie. Neurologie psychiatrie gériatrie. 2013;13(74), 107-116. 40) Troubles du goût : origine médicamenteuse possible. Revue Prescrire. 2008 ; 28 (293) : 191-194  
[en ligne] <https://www.prescrire.org/aLaUne/dossierGout.php>

- 41) Médicaments écrasés dans les aliments, un risque de dénutrition. Communiqué de presse du CHU de Nice. 2014. [en ligne] <https://cdn-www.chu-nice.fr/assets/site/presse/cpmela.pdf>
- 42) Brieden, V. Dépistage et prise en charge pluridisciplinaire des troubles de la déglutition du patient âgé et rôle de l'orthophoniste: Action de prévention auprès des professionnels de l'Hospitalisation A Domicile en Nord Pas-de-Calais, 2016 [Mémoire d'orthophonie] Université de Lille. 2016. [en ligne] <https://pepite-depot.univ-lille2.fr/nuxeo/site/esupversions/b733068c-e0d8-4b40-9363-1fbacc16b1b1>
- 43) Meriau H, La personne âgée dysphagique en maison de retraite : orthophonie et information du personnel soignant. [Mémoire d'orthophonie] Académie de Paris : Université Paris VI Pierre et Marie Curie. 2013 [en ligne] [https://dumas.ccsd.cnrs.fr/file/index/docid/873936/filename/37\\_MEM\\_ORTHO\\_2013\\_MERIAU\\_Helene.pdf](https://dumas.ccsd.cnrs.fr/file/index/docid/873936/filename/37_MEM_ORTHO_2013_MERIAU_Helene.pdf)
- 44) Blanchart F. Considérations éthiques dans la prise en charge des patients. Inserm. [en ligne] <http://www.ipubli.inserm.fr/bitstream/handle/10608/113/?sequence=32>
- 45) Waddington, h. Psychological and communication issues in feeding post-stroke patients with dysphagia . Nursing Times. 2009;105(32):25–26
- 46) Werner, H. The Benefits of the Dysphagia Clinical Nurse Specialist Rôle. Journal of Neuroscience Nursing. 2005;37(4):212-5
- 47) Blackwell,Z, A Review of the Management of Dysphagia. A South African Perspective, Journal of Neuroscience Nursing. 2010;42(2):61-70
- 48) Référencement des EHPAD dans les Hauts-de-France [en ligne] <https://www.ehpad.fr/residence/nord-pas-de-calais-picardie/>

- 49) Groupements hospitaliers de territoires des Hauts-de-France. [en ligne] <https://www.hauts-defrance.ars.sante.fr/groupements-hospitaliers-de-territoire-0>
- 50) Groupements hospitaliers de territoires de Normandie. [en ligne] <https://www.normandie.ars.sante.fr/onze-groupements-hospitaliers-de-territoire-en-normandie>.
- 51) O'Loughlin, G. Shaney, C. Swallowing Problems in the Nursing Home: A Novel Training Response, 1998;13(3):172-83 [en ligne] <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/9633159/>
- 52) Saulnier, J. Dépistage et prise en charge des troubles de la déglutition du sujet âgé : formation aux équipes soignantes en EHPAD suite à une évaluation des pratiques professionnelles en région Hautsde-France. [Mémoire d'orthophonie]. Université de Lille. 2019 [en ligne] <https://pepitedepot.univ-lille2.fr/nuxeo/site/esupversions/f77e96ab-982b-4f0f-93df-1ed3409be8cd>
- 53) Enal, S. Mise en place d'un protocole de dépistage des troubles de la déglutition au sein d'une unité de soins intensifs neuro-vasculaires et impact sur le fonctionnement du service. [Mémoire d'orthophonie] Université de Poitiers. 2014 [en ligne] <http://nuxeo.edel.univ-poitiers.fr/nuxeo/site/esupversions/9bf3e5f3-5969-4618-a0a8-8434cdfef599>
- 54) Caussin, M et al. L'écrasement des médicaments en gériatrie : une pratique "artisanale" avec de fréquentes erreurs qui nécessitait des recommandations. Rev Med Interne. 2012;33:546-551.
- 55) Liste des médicaments écrasables. OMEDiT de Normandie. 2019. [en ligne] <http://www.omedit-normandie.fr/media-files/19803/medicaments-ecrasables-2019-mise-ajour-.pdf>

56) Modalités d'arrêt des benzodiazépines et médicaments apparentés chez le patient âgé.

Recommandations professionnelles. 2007.

*[en ligne]*

[https://www.hassante.fr/upload/docs/application/pdf/recommandations\\_bzd -  
\\_version\\_finale\\_2008.pdf](https://www.hassante.fr/upload/docs/application/pdf/recommandations_bzd_-_version_finale_2008.pdf)

## ANNEXE 1



### AUDIT PIRG CSG, SSR, USLD, EHPAD Troubles de déglutition

#### Présentation de la structure :

Nom et adresse de l'établissement : .....

- Médecine gériatrique
- Soins de suite
- Soins de longue durée
- EHPAD
- Autre mention :

Nombre de lits du service: .....

#### I. Personnel du service :

- a. Nombre d'ETP médecins :
- b. Nombre d'ETP IDE :
- c. Nombre d'ETP AS :
- d. Nombre d'ETP diététicienne :
- e. Nombre d'ETP orthophoniste :
- f. Nombre d'ETP ergothérapeute :
- g. Nombre d'ETP kinésithérapeute :
- h. Nombre d'ETP psychologue :
- i. Intervention d'un dentiste :

#### II. Le personnel soignant du service est-il formé au diagnostic et à la prise en charge des troubles de déglutition (au cours des 5 dernières années)?

- a. IDE formées dans les cinq dernières années sur les troubles de la déglutition et la prévention des fausses routes: \_\_\_ sur \_\_\_
- b. IDE formées dans les cinq dernières années pour les gestes d'urgence en cas de fausse-route asphyxique: \_\_\_ sur \_\_\_

- c. AS formées dans les cinq dernières années sur les troubles de la déglutition et la prévention des fausses routes:  
     \_\_\_ sur \_\_\_
  - d. AS formées dans les cinq dernières années pour les gestes d'urgence en cas de fausse-route asphyxique: \_\_\_ sur \_\_\_
  - e. Dernière formation du médecin coordonnateur pour les gestes d'urgence en cas de fausse-route asphyxique : il y a \_\_\_ ans     jamais
  - f. Dernière formation du médecin coordonnateur sur les troubles de la déglutition et la prévention des fausses routes : \_\_\_ ans     jamais
- III. Le service dispose-t-il de protocoles validés (au cours des 5 dernières années) pour :
- a. Le dépistage ou le diagnostic des troubles de déglutition ? OUI NON
  - b. L'alimentation d'un patient/résident présentant des troubles de déglutition ? OUI NON
  - c. La conduite à tenir an cas de fausse route ? OUI NON
- IV. Le service pratique-t-il un dépistage des troubles de déglutition ?
- a. Un dépiste systématique des troubles de déglutition est-il fait à l'entrée du patient ? OUI NON
  - b. Si oui, ce dépistage repose-t-il sur un test standardisé ? OUI NON
  - c. Si oui, lequel ? \_\_\_\_\_
  - d. Si oui, par qui est réalisé ce test ? \_\_\_\_\_
  - e. Une recherche systématique des troubles de déglutition est-elle faite après un évènement grave évocateur, comme une fausse route ou une pneumopathie ? OUI NON
- V. Le service réalise ou demande-t-il des bilans des troubles de déglutition
- a. Si un trouble de déglutition est diagnostiqué ou suspecté, le patient/résident bénéficie-t-il d'un bilan clinique approfondi OUI NON
  - b. Si oui, à qui est adressé le patient/résident en première intention ? \_\_\_\_\_

Audit un jour donné :

- Préalablement à cette observation, lors d'une réunion d'équipe, les patients/résidents ayant des troubles de déglutition sont désignés et, parmi eux, sont tirés au sort trois patients/résidents qui ont une alimentation orale et qui feront l'objet de l'audit.
- L'audit repose sur l'étude du dossier et l'observation du patient/résident avant et au moment de la prise du repas de midi de 3 patients connus comme ayant des troubles de déglutition.

Patient 1 :

Age : \_\_\_ ans

Sexe :

Poids : \_\_\_ kg

Taille (même approximative) : \_\_\_\_\_ m

Nombre d'années dans l'établissement : \_\_\_ ans ou mois ou jours (selon la nature du service, rayer les mentions inutiles)

S'alimente : seul  aidé  aide totale pour manger

I. Bilan des troubles de déglutition

- a. Cause des troubles de déglutition \_\_\_\_\_  
(indiquer si non déterminée)
- b. Le patient a-t-il bénéficié d'un bilan de ces troubles ? (NSP)
- c. Le patient a-t-il bénéficié d'une rééducation adaptée ?

II. Etat bucco-dentaire (avant le repas)

- a. Nombre de dents ? \_\_\_\_\_
- b. La bouche est-elle bien hydratée et propre ? OUI NON
- c. Si non, quelles anomalies constatez-vous ? \_\_\_\_\_
- d. Les prothèses dentaires sont-elles en place et adaptées ? NA (non adapté : (il) n'a pas de prothèse)

III. Prise des médicaments

- a. Des médicaments sont-ils écrasés ? OUI NON
- b. Si oui, lesquels ? \_\_\_\_\_
- c. Comment sont-ils administrés au patient/résident ? \_\_\_\_\_

IV. Contenu du repas

- a. Quelle est la texture ? Texture « lisse », « semi-liquide », « mou/haché » ou « normale » (rayer les mentions inutiles).
- b. Cette texture correspond-elle aux préconisations de la diététicienne ? OUI NON
- c. Sous quelle forme sont prises les boissons ?
  - i. Eau plate à température ambiante ? OUI NON
  - ii. Boisson froide, chaude, pétillante, aromatisée, épaissie (rayer les mentions inutiles).
  - iii. Eau gélifiée OUI NON

V. Installation pendant le repas,

- a. Le repas est-il pris
  - i. dans la chambre du patient ? OUI NON
  - ii. dans une salle commune ? OUI NON

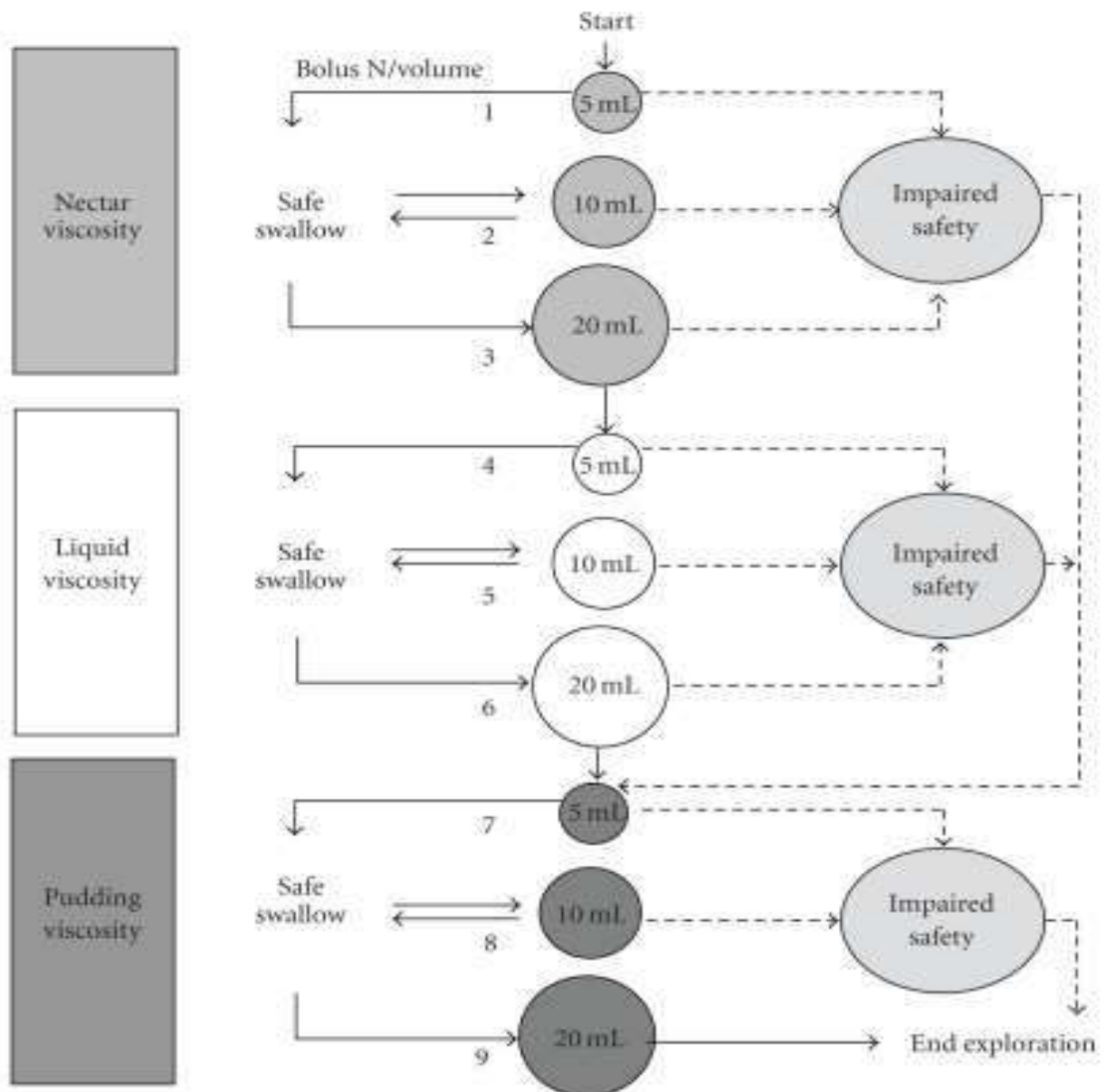
- b. La pièce où est pris le repas est-elle bruyante ? OUI NON
  - c. Un système d'aspiration en bon état de fonctionnement est-il immédiatement accessible ? OUI NON
  - d. Un médecin est-il joignable immédiatement ? OUI NON
  - e. Le patient/résident porte-t-il ses lunettes ? OUI NON NA (non adapté (ie) n'en a pas)
  - f. Le patient porte-t-il ses appareils auditifs ? OUI NON NA (non adapté (ie) n'en a pas)
  - g. Le patient est-il au fauteuil OUI NON
  - h. Le patient est-il installé le buste droit, tête légèrement penchée en avant ? OUI NON
  - i. Les ustensiles utilisés pour la prise des boissons sont-ils adaptés ? OUI NON
    - i. Verre standard ? OUI NON
    - ii. Pipette ? OUI NON
    - iii. Verre canard ? OUI NON
    - iv. Verre avec une paille coudée ? OUI NON
    - v. Verre à large ouverture ? OUI NON
    - vi. Verre à découpe nasale ? OUI NON
- VI. Aidant : en cas d'aide au repas, celui qui aide à la prise du repas est ici appelé « l'aidant »
- i. L'aidant est-il un professionnel OUI NON
    - 1. Si oui, profession :
    - 2. Sinon, nature du lien avec l'aidé :
  - ii. L'aidant est-il informé des troubles de déglutition du patient/résident ? OUI NON
  - iii. L'aidant est-il placé face au patient/résident ? OUI NON
  - iv. L'aidant est-il à hauteur du patient/résident pour ne pas l'obliger à lever la tête ? OUI NON
- VII. Pendant le repas, des manifestations cliniques évocatrices de troubles de déglutition sont-elles observées ? OUI NON
- a. Si oui, lesquelles ? \_\_\_\_\_
    - i. fausse route
    - ii. symptômes évocateurs : gêne pour avaler, fuites alimentaires par la bouche, reflux nasal, blocage alimentaire, modification de la voix (voix mouillée)...
    - iii. symptômes moins évocateurs: bavage, refus de s'alimenter surtout dans un cadre collectif, maintien prolongé des aliments en bouche...
  - b. Quelle quantité du repas a-t-elle été ingérée ? Moins de la moitié, plus de la moitié, la totalité (rayer les mentions inutiles)
- VIII. A la fin du repas



- a. Des résidus alimentaires restent-ils dans la bouche ? OUI NON (l'investigateur devra vérifier l'état de la bouche)
  - b. Le patient/résident est-il recouché dans la demi-heure qui suit ? OUI NON NA (non adapté si le patient a pris le repas couché)
- IX. Le patient/résident reçoit-il en dehors des repas :
- a. Une ou plusieurs collations ? OUI NON
  - b. Des compléments alimentaires ? OUI NON
- X. Surveillance du poids
- a. Le patient a-t-il été pesé dans la semaine précédente ? OUI NON
  - b. Si non, le patient a-t-il été pesé dans le mois précédent ? OUI NON

## ANNEXE 2

### Test de dépistage V-VST :



Rofes, Laia, Viridiana Arreola, Jordi Almirall, Mateu Cabré, Lluís Campins, Pilar García-Peris, Renée Speyer, et Pere Clavé. « Diagnosis and Management of Oropharyngeal Dysphagia and Its Nutritional and Respiratory Complications in the Elderly ». Gastroenterology research and practice 2011

[en ligne] <https://doi.org/10.1155/2011/818979>.

## ANNEXE 3

# EAT-10

(Eating Assessment Tool)

### Dépistage de la dysphagie

Date : \_\_\_\_\_

#### Données personnelles

Nom : \_\_\_\_\_

Prénom : \_\_\_\_\_

Date de naissance : \_\_\_\_\_

#### OBJECTIF

Le formulaire de dépistage de la dysphagie EAT-10 est un outil valide, rapide et simple, servant à mesurer le degré de sévérité des symptômes dysphagiques. Il est alors conseillé d'informer le médecin traitant du résultat.

#### INSTRUCTIONS

Répondre aux questions de dépistage en cochant le score (de 0 à 4) comme suit :

0 Ne correspond pas du tout     1     2     3     4 Correspond tout à fait

#### Dépistage :

1 Les problèmes de déglutition du résident / patient lui ont causé une perte de poids.  
 0     1     2     3     4

2 Les problèmes de déglutition du résident / patient l'empêchent de prendre des repas à l'extérieur.  
 0     1     2     3     4

3 Avaler des liquides demande un effort supplémentaire au résident / patient.  
 0     1     2     3     4

4 Avaler des solides demande un effort supplémentaire au résident / patient.  
 0     1     2     3     4

5 Avaler des comprimés demande un effort supplémentaire au résident / patient.  
 0     1     2     3     4

6 Pour le résident / patient, avaler s'avère être douloureux.  
 0     1     2     3     4

7 A cause de ses problèmes de déglutition, le résident/patient prend moins de plaisir à manger.  
 0     1     2     3     4

8 Lorsque le résident / patient avale, des morceaux restent dans sa gorge.  
 0     1     2     3     4

9 Le résident / patient tousse lorsqu'il mange.  
 0     1     2     3     4

10 Le résident / patient est stressé lorsqu'il doit avaler.  
 0     1     2     3     4

Additionnez les points obtenus et reporter ce score dans le cadre ci-contre :

#### Recommandations après calcul du score

**3 points ou plus :** le patient est sujet à des symptômes dysphagiques qui peuvent faire l'objet d'une thérapie. La mise en place d'un traitement doit être envisagée avec le médecin traitant.

**2 points ou moins :** réaliser de nouveau le questionnaire dès lors que l'on constate des changements dans les symptômes dysphagiques.

Remarques : \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Littérature : 1. Balafoutis PC, Moxley DA, Ross CJ, Pryor JC, Putna DR, Allen J, Leonard RJ. Validity and reliability of the Eating Assessment Tool (EAT-10). *Annals of Otology & Laryngology* 2008; 117(12): 919-926.

Nestlé Suisse SA, HealthCare Nutrition  
Entre-Deux-Villes, 1800 Vevey  
Infoline: 0848 000 303  
Info@medical-nutrition.ch  
www.medical-nutrition.ch



Variables	Unités	EHPAD	USLD	SSR	MG	TOTAL
ETP IDE	médiane (Q1 ;Q3)					18 (13.1;25)
ETP AS						8.4 (4.2;10)
ETP médecin						1.0(0.5;2.0)
ETP ergothérapeute						0.3 (0 ; 0.5)
ETP diététicienne						0 (0 ; 0.2)
ETP kiné						0 (0 ; 0.8)
ETP orthophoniste						0 (0 ; 0.2)
Formation AS urgences fausses route	moyenne ± ET	0.4± 0.4	0.4± 0.4	0.5± 0.4	0.4± 0.4	0.4± 0.4
Formation IDE urgences fausses route		0.6± 0.4	0.4± 0.3	0.5± 0.4	0.6± 0.4	0.5± 0.4
Formation AS à la prévention TDD		0.2 ± 0.3	0.1 ± 0.2	0.2 ± 0.3	0.2± 0.3	0.2± 0.3
Formation IDE à la prévention TDD		0.3± 0.4	0.3± 0.4	0.3± 0.3	0.3± 0.4	0.3± 0.4
Médecin joignable immédiatement	N (%)					108 (84%)
Système d'aspiration à proximité du repas						101 (78%)
Formation médecin à l'urgence						50 (60%)
Ancienneté (années) formation du médecin à l'urgence	médiane (Q1 ;Q3)					10 (1 ;20)
Formation médecin à la prévention TDD	N (%)					52 (67%)
Ancienneté (années) formation du médecin à prévention des TDD	médiane (Q1 ;Q3)					3.5 (2 ;10)
Passage d'un dentiste	N (%)					27 (22%)
Protocole de dépistage des TDD		7 (39%)	2 (22%)	5 (55%)	3 (33%)	17 (36%)
Protocole en cas de fausse route		12 (67%)	5 (55%)	6 (67%)	3 (37%)	26 (59%)
Protocole alimentaire		8 (44%)	3 (33%)	4 (45%)	3 (33%)	18 (38%)
Dépistage systématique TDD à l'entrée						62 (48%)
Test standardisé						27 (31%)
Bilan clinique approfondi lorsque TDD diagnostiqué						71 (58%)

Tableau A. Résultats du questionnaire relatif à la structure de soins.

Variables	Unité	Valeur
Age des patients (ans)	Moyenne +/- écart-type	84.8 ±8.1
Sexe ratio	% (F/M)	64% (F/M)
Durée d'hospitalisation (mois)	Médiane (Q1;Q3)	14 (1;48)
Poids moyen	Moyenne +/- écart-type	61 (±15.1)
Indice de Masse Corporelle (IMC)		23 (±5.1)
Absence de pesée		13 (10%)
Pesée hebdomadaire		67 (52%)
Pesée mensuelle		50 (39%)
Prise d'une collation		107 (82%)
Prise quotidienne de compléments nutritionnels oraux		79 (61%)
Bouche hydratée et propre		118 (92)
Anomalies buccodentaires		22 (17)
Patients édentés N (%)		87 (83%)
Prothèses dentaires en place et adaptées		34 (63%)
Présence de résidus alimentaires	N (%)	33 (26%)
TDD d'origine neurologique		95 (75%)
Dépendance totale pour la prise du repas		62 (49%)
Dépendance partielle pour la prise du repas		21 (17%)
Médicaments pilés		84 (65%)
Texture aliments : mixée		57 (44%)
Texture aliments : lisse		56 (43%)
Eau sous forme gélifiée		53 (40%)
Eau sous forme gazeuse		49 (37%)
Eau plate à température ambiante		40 (31%)
Utilisation de verres standards		52 (55%)
Prise du repas en chambre		66 (50%)
Ambiance du repas au calme		94 (72%)
Installation au fauteuil		93 (77%)
Installation le buste droit et la tête légèrement penchée en avant.		103 (80%)
Port des lunettes		37 (44%)
Port de l'appareil auditif		5 (8%)
Patients recouchés dans les 30 minutes		(10) 9%
Aidant : AS/IDE	N (%)	96 (73%) / 15 (12%)
Aidant informé des TDD du patient		106 (81%)
Aidant placé en face du patient		78 (79%)
Aidant placé à hauteur du patient		98 (96%)
Constat de fausses routes avérées		21 (18%)
Constat de manifestations évocatrices de TDD		55 (46%)
Constat de manifestations moins évocatrices de TDD		44 (36%)

**Tableau B.** Caractéristiques des patients et déroulement des repas.

**ANNEXE 5**

**AUTEUR : Nom :** Guillon

**Prénom :** Maxime

**Date de soutenance :** 13 mai 2020

**Titre de la thèse :** Evaluation de la prise en charge des troubles de la déglutition en gériatrie et EHPAD dans les Hauts de France et Normandie.

**Thèse - Médecine - Lille 2020**

**Cadre de classement :** Médecine Générale

**Mots-clés :** sujet âgé, dysphagie, troubles de la déglutition, dépistage

**Résumé :**

Introduction Les troubles de la déglutition (TDD) sont fréquents chez les personnes âgées et sont souvent associés à une lourde morbi-mortalité. Pourtant ils restent sous-diagnostiqués et leur prise en charge est souvent mal adaptée. L'objectif principal de cette étude était de décrire et évaluer les pratiques diagnostiques et thérapeutiques des TDD dans des services de gériatrie et les EHPAD des Hauts de France et de Normandie.

Patients et Méthodes L'évaluation des pratiques professionnelles a reposé sur un questionnaire relatif aux caractéristiques du service gériatrique ou EHPAD et sur la description détaillée du déroulé du repas de trois patients par service, connus pour avoir des troubles de déglutition.

Résultats Au total, 27 services de gériatrie et 18 EHPAD ont participé à cette étude.

Une formation récente au diagnostic des TDD et à la prévention des fausses routes avait été prodiguée à 30% des IDE et 20% des AS. 38% des services disposaient de protocole alimentaire validé pour les patients présentant des TDD, et 60% disposaient d'un protocole validé sur la conduite à tenir en cas de fausse route.

La moitié des services (48%) effectuait un dépistage systématique des TDD à l'entrée du patient, et un tiers (30%) utilisait un test standardisé. Un bilan clinique approfondi lors de la découverte d'un TDD était réalisé par 60% des services, réalisé par les orthophonistes (75%) ou les ORL (15%).

Durant le repas les patients étaient installés au fauteuil (77%) avec le buste droit (80%), l'ambiance était jugée calme dans 72% des cas. L'aidant était face au patient dans 79% des cas. L'adaptation de texture avait été conseillée par la diététicienne dans 75% des cas.

Conclusion Dans cette étude réalisée dans 45 services de gériatrie et EHPAD, le personnel soignant de ces services semble réellement sensibilisé par la question des TDD.

En revanche, la formation du personnel pour dépister les TDD et prévenir leurs complications apparaît insuffisante et les services ne disposent qu'inconstamment de protocoles validés concernant le dépistage, l'alimentation et les conduites à tenir en cas de fausse route.

Une prise en charge globale par une équipe pluridisciplinaire, permettrait le développement de stratégies ciblées visant à l'identification des personnes âgées les plus à risque et à la mise en place de mesures préventives et thérapeutiques adaptées.

**Composition du Jury :**

**Président :** Monsieur le Professeur Dominique Chevalier

**Assesseurs :** Monsieur le Professeur Christophe Berkhout  
Monsieur le Docteur Nicolas Leleu

**Directeur de thèse :** Monsieur le Professeur François Puisieux