

**UNIVERSITE DE POITIERS**  
**Faculté de Médecine et de Pharmacie**  
**Ecole d'orthophonie**

Année 2013-2014

**MEMOIRE**

en vue de l'obtention du certificat de capacité d'orthophonie  
présenté par

**Léa Pineau**

ELABORATION D'UN LIVRET D'INFORMATION  
SUR LES TROUBLES DE LA DEGLUTITION CHEZ LA  
PERSONNE AGEE ET SUR LES AMENAGEMENTS  
POSSIBLES, A DESTINATION DES SOIGNANTS DES  
SERVICES DE GERIATRIE

Directeurs du mémoire : Docteur Nathalie Girault, praticien hospitalier  
Madame Françoise Gérentes, orthophoniste

Membres du jury : Docteur Nathalie Girault, praticien hospitalier  
Madame Marie-Hélène Lay, maître de conférences  
Madame Louise Martin, orthophoniste

Lieu et date de soutenance :  
**Poitiers, le 19 juin 2014**

## **REMERCIEMENTS**

**A mes directrices de mémoire :** Docteur Nathalie GIRAULT et Françoise GERENTES

Merci beaucoup pour votre implication dans ce travail, vos conseils pertinents, vos relectures attentives et vos encouragements.

**A mes maîtres de stages orthophonistes :**

Claire CHAPPUIS-RICHAUD, Françoise GERENTES et Régine TILLOY-BOUDIGNON

Merci de votre accueil et de votre disponibilité lors de cette année altiligérienne. Vous m'avez accordé votre confiance et transmis de précieux conseils.

**Aux membres du jury :**

Docteur Nathalie GIRAULT, Marie-Hélène LAY et Louise MARTIN

Un grand merci pour l'intérêt porté à mon mémoire.  
Je vous remercie de vous être rendus disponibles pour assister à ma soutenance.

**Aux soignants et cadres de santé du Centre Hospitalier Emile Roux (43) :**

Merci de m'avoir aidé dans la réalisation de ce projet, notamment par votre participation au questionnaire et vos retours sur le livret. J'espère que le matériel créé vous sera utile.

**A toute l'équipe du CAMSP 43 :**

Merci pour votre accueil chaleureux, votre confiance et votre disponibilité.

**Aux enseignants de l'école d'orthophonie de Poitiers :**

Merci pour ces quatre années de formation, riches en découvertes, qui m'ont confortée chaque année dans mon choix de l'orthophonie.

Je remercie particulièrement le docteur Nathalie GIRAULT et Mme BAUDEQUIN pour nous avoir transmis leurs connaissances et leur expérience dans le domaine de la déglutition.

**A la fondation Euris :**

Merci d'avoir cru en mon projet professionnel dès le départ. Merci pour votre soutien moral et financier lors de ma préparation aux concours d'entrée en école d'orthophonie.

**A mes parents :**

Merci de votre amour et de votre confiance.

**A ma grand-mère Joëlle:**

Mamie, merci de m'avoir fait partager ton engagement et ton expérience auprès d'enfants « différents ».

**A Damien :**

Merci pour ton soutien, tes encouragements et ta patience tout au long de ce travail. Je t'aime.

**A mes amis et voisins poitevins :**

Merci pour ces années étudiantes passées ensemble, fortes en découvertes et en émotions. Merci de votre amitié et de votre soutien dans les bons comme les mauvais moments.

# Sommaire

|  |           |
|--|-----------|
| <b>INTRODUCTION</b> .....  | <b>1</b>  |
| <b>I. CONTEXTE DE L'ETUDE</b> .....  | <b>1</b>  |
| <b>II. ORGANISATION DU MEMOIRE</b> .....                                     | <b>2</b>  |
| <b>NOTIONS THEORIQUES</b> .....  | <b>3</b>  |
| <b>I. ANATOMIE ET PHYSIOLOGIE DE LA DEGLUTITION</b> .....                    | <b>3</b>  |
| 1. <i>Définition de la déglutition</i> .....                                 | 3         |
| 2. <i>Rappels anatomiques</i> .....  | 3         |
| 3. <i>Physiologie de la déglutition</i> .....                                | 4         |
| 3.1. La préparation du bolus :.....  | 4         |
| 3.2. Le temps de transport oral : la propulsion du bolus .....               | 4         |
| 3.3. Le temps de transport pharyngé : .....                                  | 4         |
| 3.4. Le temps de transport œsophagien :.....                                 | 5         |
| 3.5. Le mécanisme de fausse route : .....                                    | 5         |
| 3.6. Toux reflexe :.....   | 5         |
| 4. <i>Contrôle neurologique de la déglutition</i> .....                      | 6         |
| <b>II. TROUBLES DE LA DEGLUTITION CHEZ LA PERSONNE AGEE</b> .....            | <b>6</b>  |
| 1. <i>Données épidémiologiques</i> .....                                     | 6         |
| 2. <i>Déglutition de la personne âgée</i> .....                              | 6         |
| 2.1. Description analytique :.....   | 7         |
| 2.2. Fonctionnalité de la déglutition chez la personne âgée saine :.....     | 9         |
| 3. <i>Troubles de la déglutition chez la personne âgée</i> .....             | 9         |
| 3.1. Les accidents vasculaires cérébraux (AVC) :.....                        | 11        |
| 3.2. La maladie de Parkinson :.....  | 12        |
| 3.3. La maladie d'Alzheimer : .....  | 12        |
| 3.4. La sclérose latérale amyotrophique (SLA) :.....                         | 13        |
| 3.5. Causes locales :.....   | 14        |
| 3.6. Médicaments :.....  | 14        |
| 4. <i>Conséquences et complications d'un trouble de la déglutition</i> ..... | 15        |
| <b>III. BILAN DES TROUBLES DE LA DEGLUTITION CHEZ LA PERSONNE AGEE</b> ..... | <b>15</b> |
| 1. <i>Examen général</i> .....   | 16        |
| 2. <i>Entretien</i> .....  | 16        |
| 3. <i>Examen clinique</i> .....  | 17        |
| 4. <i>Essais de déglutition</i> .....  | 18        |
| 5. <i>Observation de repas</i> .....   | 18        |
| 6. <i>Bilan nutritionnel</i> .....   | 19        |

|  |           |
|--|-----------|
| <b>IV. PRISE EN CHARGE DES TROUBLES DE LA DEGLUTITION DU SUJET AGE .....</b> | <b>19</b> |
| 1. <i>Rééducation spécifique</i> .....                                       | 19        |
| 1.1. Exercices analytiques :.....  | 19        |
| 1.2. Exercices fonctionnels : .....  | 20        |
| 1.3. Apprentissage de manœuvres de déglutition :.....                        | 20        |
| 2. <i>Aménagements</i> .....   | 20        |
| 2.1. Information de l'entourage : .....                                      | 21        |
| 2.2. Postures de tête : .....  | 21        |
| 2.3. Installation :.....   | 22        |
| 2.4. Prises alimentaires :.....  | 22        |
| 2.5. Adaptation des ustensiles :.....  | 23        |
| 2.6. Adaptation de l'alimentation :.....                                     | 24        |
| 2.7. Aménagement de l'environnement:.....                                    | 26        |
| 2.8. Répartition des prises alimentaires : .....                             | 26        |
| 2.9. Donner à manger à un patient: .....                                     | 27        |
| 2.10. Hygiène bucco dentaire : .....   | 27        |
| 2.11. Réaménagement des traitements médicamenteux :.....                     | 28        |
| 2.12. Maintien du plaisir : .....  | 28        |
| 3. <i>Autres modes d'alimentation</i> .....                                  | 28        |
| 3.1. Alimentation entérale : .....   | 29        |
| 3.2. Nutrition parentérale : .....   | 29        |
| 3.3. Nutrition artificielle et fin de vie :.....                             | 29        |
| 4. <i>En cas d'urgence : fausse route obstructive</i> .....                  | 30        |
| <b>METHODE .....</b>   | <b>32</b> |
| <b>I. PROBLEMATIQUE ET OBJECTIFS .....</b>                                   | <b>32</b> |
| 1. <i>Problématique</i> .....  | 32        |
| 2. <i>Hypothèses</i> .....   | 34        |
| 3. <i>Objectifs</i> .....  | 34        |
| <b>II. METHODOLOGIE.....</b>   | <b>35</b> |
| 1. <i>Choix d'une technique d'enquête</i> .....                              | 35        |
| 2. <i>Population</i> .....   | 35        |
| 3. <i>Présentation du questionnaire</i> .....                                | 36        |
| 3.1. Thèmes abordés dans le questionnaire : .....                            | 36        |
| 3.2. Elaboration du questionnaire : .....                                    | 37        |
| 3.3. Test du questionnaire et modifications avant diffusion :.....           | 38        |
| 4. <i>Diffusion du questionnaire</i> .....                                   | 39        |
| <b>III. RESULTATS.....</b>   | <b>40</b> |
| 1. <i>Participation au projet</i> .....                                      | 40        |

|            |   |           |
|------------|---|-----------|
| 2.         | <i>Composition de l'échantillon</i> .....   | 41        |
| 3.         | <i>Le rapport des soignants aux troubles de la déglutition</i> .....                | 42        |
| 3.1.       | Fréquence perçue des troubles : .....   | 42        |
| 3.2.       | Définition des troubles de la déglutition : .....                                   | 44        |
| 3.3.       | Besoins et attentes explicites d'informations : .....                               | 44        |
| 4.         | <i>Connaissance des conséquences possibles d'un trouble de la déglutition</i> ..... | 47        |
| 5.         | <i>Adaptation des consistances et des textures</i> .....                            | 48        |
| 6.         | <i>Gestion des fausses routes aux liquides</i> .....                                | 51        |
| 7.         | <i>Causes possibles des troubles de la déglutition</i> .....                        | 53        |
| 8.         | <i>Connaissance du rôle de l'orthophoniste</i> .....                                | 54        |
| <b>IV.</b> | <b>ELABORATION DU SUPPORT D'INFORMATION</b> .....                                   | <b>56</b> |
| 1.         | <i>Objectifs et contenu du livret</i> .....   | 56        |
| 2.         | <i>Forme du livret</i> .....  | 58        |
| 3.         | <i>Test du livret et modifications avant diffusion</i> .....                        | 58        |
| 3.1.       | Retours des services ayant participé au questionnaire :.....                        | 58        |
| 3.2.       | Autres retours : .....  | 59        |
| 3.3.       | Expérience de la pluridisciplinarité : .....  | 60        |
| <b>V.</b>  | <b>DIFFUSION DU LIVRET</b> .....  | <b>60</b> |
| 1.         | <i>Diffusion</i> .....  | 60        |
| 2.         | <i>Présentation du livret</i> .....   | 61        |
|            | <b>DISCUSSION</b> .....   | <b>62</b> |
| 1.         | <i>Objectifs et résultats</i> .....   | 62        |
| 2.         | <i>Limites de l'étude</i> .....   | 62        |
| 2.1.       | Choix de l'étude : .....  | 62        |
| 2.2.       | Population .....  | 63        |
| 2.3.       | Questionnaire : .....   | 63        |
| 2.4.       | Analyse des résultats : .....   | 64        |
| 2.5.       | Support d'information : .....   | 64        |
| 2.6.       | Objectifs de l'étude : .....  | 64        |
| 3.         | <i>Apports de cette étude et perspectives</i> .....                                 | 65        |
| 3.1.       | Poursuites éventuelles de l'étude :.....  | 65        |
| 3.2.       | Apports professionnels : .....  | 65        |
|            | <b>CONCLUSION</b> .....   | <b>66</b> |
|            | <b>BIBLIOGRAPHIE</b> .....  | <b>67</b> |
|            | <b>ANNEXES</b> .....  | <b>71</b> |
| <b>I.</b>  | <b>ANNEXE 1 : ALIMENTATION AU CHER</b> .....  | <b>72</b> |

|             |   |           |
|-------------|---|-----------|
| 1.          | <i>Alimentation normale</i> : .....                         | 72        |
| 2.          | <i>Alimentation moulinée</i> : .....                        | 72        |
| 3.          | <i>Alimentation mixée</i> : .....                           | 72        |
| <b>II.</b>  | <b>ANNEXE 2 : ENQUETE DE NON-GOUTS DU CHER</b> .....        | <b>73</b> |
| <b>III.</b> | <b>ANNEXE 3 : QUESTIONNAIRE DIFFUSE AUX SOIGNANTS</b> ..... | <b>75</b> |
| <b>IV.</b>  | <b>ANNEXE 4 : LIVRET DE CONSEILS</b> .....                  | <b>79</b> |

## Liste des tableaux et figures

|   |    |
|---|----|
| <i>Tableau 1: Troubles de la déglutition : cadres étiologiques, d'après Lacau St Guily et al., (2005; 14)</i> ..... | 10 |
| <i>Tableau 2 : Taux de réponses aux questionnaires</i> .....  | 40 |
| <i>Figure 1 : Coupe sagittale des organes impliqués dans la déglutition, d'après Auzou (2007 ; 1)</i> .....         | 3  |
| <i>Figure 2: Fausses routes avant, pendant ou après le réflexe de déglutition, d'après Ruglio (2012; 19)</i> .....  | 5  |
| <i>Figure 3 : La manœuvre de Heimlich</i> .....   | 31 |
| <i>Figure 4 : Composition de l'échantillon : services</i> .....   | 41 |
| <i>Figure 5 : Composition de l'échantillon : professions</i> .....  | 42 |
| <i>Figure 6 : Fréquence perçue des troubles</i> .....   | 42 |
| <i>Figure 7 : Fréquence perçue des troubles, par service</i> .....  | 43 |
| <i>Figure 8 : Fréquence des conseils fournis au patient et à l'entourage</i> .....                                  | 44 |
| <i>Figure 9 : Raisons de la non-information des patients et de leur entourage</i> .....                             | 45 |
| <i>Figure 10 : Attentes des soignants</i> .....   | 46 |
| <i>Figure 11 : Complications des troubles de la déglutition, selon les soignants</i> .....                          | 47 |
| <i>Figure 12 : Consistances jugées difficiles à avaler</i> .....  | 48 |
| <i>Figure 13 : Consistances jugées faciles à avaler</i> .....   | 50 |
| <i>Figure 14 : Signes de fausse route</i> .....   | 51 |
| <i>Figure 15 : Postures</i> .....   | 52 |
| <i>Figure 16 : Consistances et textures</i> .....   | 52 |
| <i>Figure 17 : Accessoires</i> .....  | 53 |
| <i>Figure 18 : Causes des troubles</i> .....  | 53 |
| <i>Figure 19 : Rôle de l'orthophoniste</i> .....  | 54 |

## Liste des abréviations

|       |   |
|-------|---|
| AVC   | Accident Vasculaire Cérébral                                  |
| CHER  | Centre hospitalier Emile Roux (43000 Le Puy en Velay)         |
| CMPR  | Centre de Médecine Physique et de Réadaptation                |
| DHI   | Déglutition Handicap Index                                    |
| EHPAD | Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes  |
| GPE   | Gastrostomie Percutanée Endoscopique                          |
| NNR   | Neuro-Néphro-Rhumato : Groupe contenant le service Neurologie |
| ORL   | Oto-Rhino-Laryngologie  |
| SLA   | Sclérose Latérale Amyotrophique                               |
| SSR   | Soins de suite et de réadaptation                             |
| USLD  | Unité de Soins Longue Durée                                   |

# INTRODUCTION

## I. Contexte de l'étude

La prévalence des troubles de la déglutition chez la personne âgée fragile est non négligeable : 30 à 40 % des personnes âgées institutionnalisées, selon Puisieux et al., (2009; 19). Ces troubles peuvent impacter de façon importante la santé physique et mentale des personnes âgées, voire mettre en jeu leur pronostic vital.

Les hôpitaux accueillent une proportion importante de personnes âgées fragilisées, pourtant, les troubles de déglutition sont souvent mal connus des soignants. Le centre hospitalier Emile Roux (43 000 Le Puy en Velay), où nous sommes en stage cette année, n'échappe pas à la règle : bien que des orthophonistes soient présentes, réalisent des bilans et prodiguent des conseils, les soignants sont en difficulté dans la gestion des troubles de la déglutition.

Un meilleur dépistage et accompagnement de ces personnes âgées présenterait de réels intérêts : amélioration de la santé physique et morale des patients et amélioration de leur qualité de vie. La prévention des complications évite l'allongement de la durée d'hospitalisation, et des retours prématurés au centre hospitalier.

Dans ce but, nous avons cherché à comprendre pourquoi les soignants étaient en difficulté. Supposant un manque de connaissances des soignants dans le domaine de la déglutition, nous avons proposé, si cette hypothèse se confirmait, de créer un livret d'information à leur destination.

Plusieurs livrets sur les troubles de la déglutition ont déjà été édités. La plupart sont spécifiques à une pathologie et ne traitent pas des personnes âgées en général : c'est le cas du livret de *l'association sur la recherche pour la sclérose latérale amyotrophique et autres maladies du motoneurone*, publié en 2005 pour les patients souffrant de SLA (Tourne, G., Brihaye, S. 2005, 25) ou du livret du *Centre de Référence des maladies neuromusculaires Adultes de Reims*, publié en 2013 à destination des patients myopathes (Heyte, M., Guyot,

MA., Courleaux, C., Gérardin, M., et Lefon, M. 2013, 12). De plus, ces livrets sont à destination des patients et non des soignants.

Les livrets élaborés par d'autres centres hospitaliers à destination des soignants ne sont pas directement transposables à Emile Roux : les protocoles, les professionnels intervenant sur la déglutition, les appellations des régimes alimentaires, et les différents régimes proposés ne sont pas les mêmes dans toutes les structures.

C'est pourquoi nous avons fait le projet d'évaluer les besoins et les attentes des soignants du centre hospitalier Emile Roux, afin de créer, si nécessaire, un livret de conseils et d'information traitant des troubles de la déglutition chez les personnes âgées, spécifique à ce centre hospitalier.

## **II. Organisation du mémoire**

Nous exposons tout d'abord les données théoriques sur le sujet qui nous ont permis de mener ce projet, en présentant l'anatomie et la physiologie de la déglutition, les troubles de la déglutition chez les personnes âgées, le bilan et la prise en charge de ces troubles.

Nous nous attachons ensuite à décrire la progression de notre étude : après l'énoncé de la problématique, des hypothèses émises et des objectifs visés, nous détaillons la méthodologie que nous avons employée pour tenter de comprendre les difficultés des soignants et répondre à nos hypothèses : technique d'enquête choisie, population étudiée, présentation et administration du questionnaire. Sont abordés ensuite les résultats du questionnaire, confirmant nos hypothèses et justifiant l'élaboration d'un support d'information. Puis, nous présentons le contenu et les objectifs du livret créé. Enfin, les modalités de diffusion et de présentation de ce livret sont exposées.

Pour conclure, nous présentons les apports et les limites de cette étude, ainsi que les perspectives envisagées pour des études ultérieures.

# NOTIONS THEORIQUES

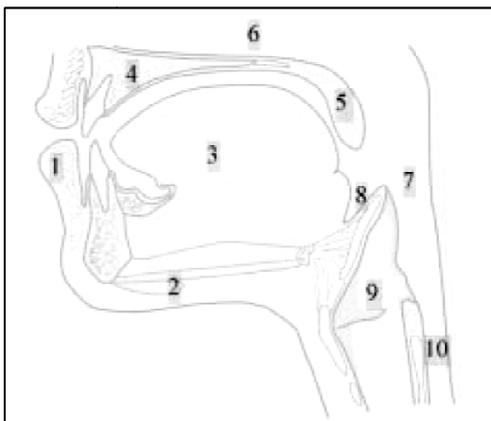
## I. Anatomie et physiologie de la déglutition

### 1. Définition de la déglutition

La déglutition est le mécanisme qui permet de transporter la salive, la nourriture et les boissons depuis la bouche jusqu'à l'estomac, en protégeant les voies respiratoires. C'est une séquence motrice complexe que nous réalisons environ 1000 fois par jour. (Forster et al., 2013; 10)

### 2. Rappels anatomiques

Différentes régions sont impliquées dans le mécanisme de déglutition : la cavité buccale, le pharynx, le larynx et l'œsophage.



**Figure 1 :** Coupe sagittale des organes impliqués dans la déglutition, d'après Auzou (2007 ; 1).

1. Lèvres
2. Plancher buccal
3. Langue
4. Palais osseux
5. Voile du palais
6. Cavité nasale
7. Pharynx
8. Epiglotte
9. Larynx
10. Œsophage

### **3. Physiologie de la déglutition**

Woisard et Puech (2011; 26) distinguent le temps de préparation du bol alimentaire, des trois temps de transport du bol alimentaire : oral, pharyngé et œsophagien.

#### ***3.1. La préparation du bolus :***

La portion alimentaire introduite en bouche est transformée en un mélange lisse et homogène qu'on appelle *bol alimentaire* ou *bolus*, grâce aux actions de mastication et d'insalivation. Les sphincters labial et vélo-pharyngés assurent le maintien de la portion alimentaire dans la cavité buccale. Le bolus préparé est rassemblé sur le dos de la langue.

#### ***3.2. Le temps de transport oral : la propulsion du bolus***

La langue propulse le bolus dans l'oropharynx, l'apex lingual prenant appui sur les papilles retro-incisives. Lorsque les capteurs sensitifs de l'oropharynx repèrent le passage du bolus, ils envoient des informations sensibles au tronc cérébral et au cortex. Le tronc cérébral déclenche alors une réponse motrice : le réflexe de déglutition est initié. (Auzou, 2007; 1)

#### ***3.3. Le temps de transport pharyngé :***

Le pharynx est un carrefour musculo-membraneux entre la voie digestive (œsophage puis estomac) et la voie aérienne (trachée puis poumons).

Pour éviter une fausse route, c'est-à-dire le passage d'aliments ou de liquide dans la trachée, la protection laryngée se met en place : le larynx est fermé et est projeté sous la base de langue. Le bolus ne peut donc pas pénétrer dans la trachée et est dirigé vers l'œsophage, grâce aux contractions des muscles constricteurs du pharynx.

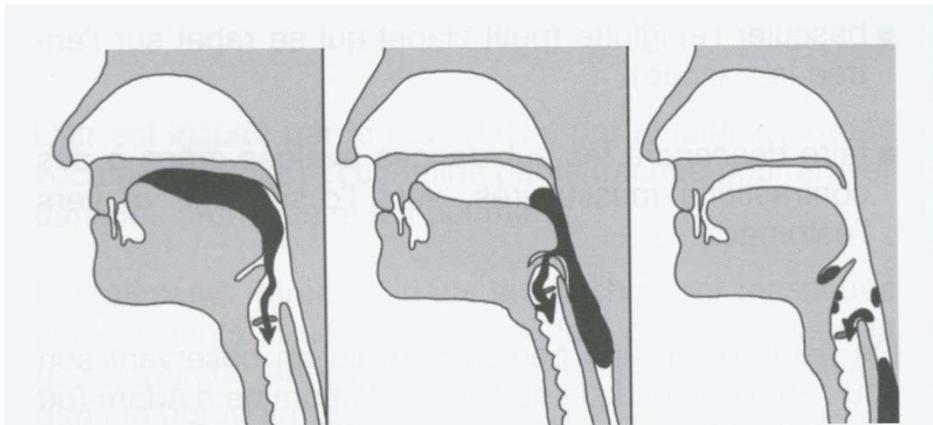
A noter que lors du temps pharyngé, qui dure habituellement moins d'une seconde, l'individu ne respire pas. (Auzou, 2007; 1)

### **3.4. Le temps de transport œsophagien :**

Le bolus descend le long de l'œsophage jusqu'à l'estomac, grâce au péristaltisme œsophagien. Les sphincters supérieurs et inférieurs de l'œsophage s'ouvrent à son passage.

### **3.5. Le mécanisme de fausse route :**

Le pharynx est un carrefour aérodigestif : la voie aérienne est matérialisée par la trachée puis les poumons, la voie digestive par l'œsophage puis l'estomac. La protection laryngée doit se mettre en place pour que le bolus descende dans les voies digestives. Lorsqu'il y a un défaut de cette protection, le bolus peut passer dans la trachée, constituant ainsi une fausse route. Les fausses routes peuvent se produire avant, pendant, ou après le réflexe de déglutition.



**Figure 2:** Fausses routes avant, pendant ou après le réflexe de déglutition, d'après Ruglio (2012; 19)

### **3.6. Toux réflexe :**

Lorsqu'un aliment ou un corps étranger frôle les plis vocaux du larynx, il est perçu par les capteurs sensitifs, ce qui déclenche une toux réflexe. Cette toux permet d'expulser l'aliment incriminé avant qu'il ne descende dans les voies respiratoires. Ce réflexe peut être absent ou insuffisant chez une personne présentant des troubles de la déglutition. Des fausses routes silencieuses, sans manifestation de toux, peuvent donc se produire.

#### **4. Contrôle neurologique de la déglutition**

La déglutition fait appel à la motricité volontaire, automatique et réflexe.

La motricité réflexe s'organise surtout au niveau du bulbe rachidien et le contrôle volontaire au niveau du cortex frontal et de la voie géniculée, selon Capet, Delaunay, Idrissi, Landrin, & Kadri, (2007; 4). La régulation et la coordination des activités motrices de la déglutition sont assurées grâce aux noyaux gris centraux et au cervelet.

## **II. Troubles de la déglutition chez la personne âgée**

### **1. Données épidémiologiques**

La prévalence des troubles de déglutition chez la personne âgée est importante mais difficile à évaluer et varie selon « *le type de population considérée mais également [le] type de méthode utilisée* » (Forster et al., 2013; 10).

Puisieux et al., (2009; 19) s'appuient sur plusieurs études - Bloem et al., (1990), Kawashima et al., (2004), Lin et al., (2002), Ekberg & Feinberg (1991), Nilsson et al., (1996) - pour estimer que les personnes âgées vivant à domicile souffrent de troubles de la déglutition dans 8 à 15 % des cas, et que celles vivant en institution en souffrent dans 30 à 40 % des cas.

### **2. Déglutition de la personne âgée**

Les structures impliquées dans les mécanismes de déglutition n'échappent pas au vieillissement global de l'organisme ; on nomme presbyphagie les difficultés de déglutition liées à l'âge et notamment le ralentissement du mécanisme de déglutition.

Le vieillissement de l'organisme joue sur tous les niveaux du processus de déglutition : le vieillissement du système nerveux entraîne une diminution du contrôle moteur et des sensorialités, les muscles s'atrophient et leur force diminue ; le fonctionnement cognitif est ralenti ce qui diminue les capacités de concentration et d'apprentissage.

Nous allons reprendre le déroulement analytique de la déglutition pour décrire les perturbations qui peuvent survenir avec l'âge, à chaque étape.

### **2.1. Description analytique :**

- Préparation du bolus :

La mise en bouche des aliments peut être difficile en raison de troubles musculaires. Les lèvres peuvent s'invaginer avec l'âge, entraînant un bavage car la fermeture labiale n'est plus assurée.

Les personnes âgées présentant souvent une diminution de la sensibilité gustative et olfactive, les aliments sont moins bien perçus en bouche et donc plus difficiles à manipuler avec précision.

L'amyotrophie et la faiblesse linguale empêchent des mouvements homogènes dans la cavité buccale : cela favorise les stases buccales alimentaires.

La fermeture vélo-pharyngée est moins efficace, on peut observer un passage prématuré d'aliments dans l'oropharynx et donc un risque de fausse route, ou un passage vers les cavités nasales et donc un reflux nasal.

La dégradation de l'état bucco-dentaire ainsi que la diminution de la force des muscles masticateurs et linguaux rendent la mastication moins efficace. L'insalivation du bolus n'est pas toujours adaptée en cas de sécheresse buccale.

Du fait de ces difficultés et du ralentissement global, la durée de préparation du bolus s'allonge. Le bolus est moins bien préparé pour être propulsé, malgré des efforts musculaires importants : fractionnement non homogène, insalivation insuffisante, stases buccales.

- Propulsion du bolus dans la cavité oro-pharyngée :

La force de propulsion linguale est diminuée, et le bolus n'est pas toujours de bonne qualité : la propulsion du bolus est moins efficace et il reste des stases buccales.

Les capteurs sensitifs de l'oro-pharynx étant moins sensibles, le déclenchement du reflexe de déglutition peut être retardé. Certaines personnes âgées, victimes d'inattention, oublient d'avaler.

- Transport pharyngé :

Le déclenchement du reflexe de déglutition peut être retardé à cause d'une diminution de la sensibilité des capteurs sensitifs, d'une altération du système nerveux ou d'une diminution de l'efficacité musculaire. L'élévation et la projection antérieure du larynx peut être moins performante, du fait du vieillissement nerveux et musculaire.

L'amplitude du péristaltisme pharyngé est diminuée, des stases se forment dans les vallécules et les sinus piriformes, pouvant entraîner des fausses routes secondaires.

L'amplitude et la durée de l'ouverture du sphincter supérieur de l'œsophage sont diminuées : défaut de relaxation par atteinte du système nerveux et défaut mécanique par diminution de l'élévation laryngée.

- Transport œsophagien :

Avec l'âge les structures de l'œsophage peuvent devenir hypotoniques, le péristaltisme moins efficace, et la relaxation du sphincter inférieure de l'œsophage incomplète. Cela entraîne un retard de vidange œsophagienne.

## **2.2. Fonctionnalité de la déglutition chez la personne âgée saine :**

Plusieurs auteurs affirment que le vieillissement normal de la déglutition, fragilise celle-ci, mais permet cependant une déglutition fonctionnelle :

*« Si cette déglutition dans son ensemble est efficiente, il n'en reste pas moins qu'elle présente des signes particuliers »* (Soriano, 2011; 24)

(Puisieux et al., 2009; 19) déclarent que *« même si les personnes âgées déglutissent plus lentement que les adultes jeunes, la sécurité de la déglutition oropharyngée n'est pas compromise du seul fait de l'âge »*.

## **3. Troubles de la déglutition chez la personne âgée**

Nous avons vu que le vieillissement normal réduit les capacités de déglutition, mais n'entraîne pas à lui seul des difficultés importantes. Cependant, les troubles de la déglutition sont plus présents chez les personnes âgées que chez les personnes jeunes :

- la déglutition de la personne âgée étant déjà fragilisée par le vieillissement normal, lorsqu'une atteinte des mécanismes de la déglutition apparaît, elle est moins bien compensée que chez les personnes jeunes : les répercussions sont donc plus importantes.

- les pathologies causant des troubles de la déglutition sont des pathologies qui surviennent plus fréquemment chez les personnes âgées que chez les autres.

Puisieux et al., (2009; 19) soutiennent cette hypothèse : *« l'âge en lui-même n'augmente pas significativement le risque d'inhalation. En revanche, l'incidence et la prévalence des principales pathologies responsables d'une altération de la déglutition augmentent fortement avec l'âge.»*

Lacau St Guily et al., (2005; 14), ont listé les causes les plus fréquentes des troubles de la déglutition dans la population générale:

|                                  |  |
|----------------------------------|--|
| « Anomalies pariétales tumorales | Cancers des VADS et cancers de l'œsophage  |
| Compressions extrinsèques        | Ostéophytes, adénopathies, goitre thyroïdien, malformations vasculaires, mégadolichoartères  |
| Causes neurologiques             | AVC, TC, tumeurs cérébrales, SLA, syndrome pseudobulbaire, syndromes extrapyramidaux (maladie de Parkinson, MSA...), sclérose en plaques, dystonies, malformations, IMC, neuropathies, séquelles neurogènes de radiothérapie cervicale                       |
| Causes neuromusculaires          | Myasthénie   |
| Causes musculaires               | Dystrophie musculaire oculopharyngée, dystrophie myotonique de Steinert, myopathies mitochondriales, myosites, dermatopolymyosites, séquelles de radiothérapie cervicale   |
| Affections spécifiques du SSO    | Diverticule de Zenker, achalasia du SSO  |
| Causes endocriniennes            | Insuffisance thyroïdienne, insuffisance hypophysaire, diabète  |
| Maladies systémiques             | Amylose, syndrome de Goujerot-Sjögren, sarcoïdose, Wegener, anémie de Biermer  |
| Autres                           | Reflux gastro-œsophagien, tuberculose pharyngolaryngée, dysphagies psychogènes, presbyphagie, intubations prolongées   |
| Maladies motrices de l'œsophage  | Primitives : achalasia ou mégaoesophage, maladie des spasmes diffus, syndrome du péristaltisme douloureux, hypertonie du SIO<br><br>Secondaires : achalasia secondaire, sclérodermie, polymyosite, lupus, Goujerot-Sjögren, médicaments, anémie ferriprive » |

« VADS : voies aérodigestives supérieures ; AVC : accident vasculaire cérébral ; TC : traumatisme crânien ; SLA : sclérose latérale amyotrophique ; MSA : *multiple system atrophy* ; IMC : infirmité motrice cérébrale ; SSO : sphincter supérieur de l'œsophage ; SIO : sphincter inférieur de l'œsophage. »

**Tableau 1:** Troubles de la déglutition : cadres étiologiques, d'après Lacau St Guily et al., (2005; 14)

Les étiologies les plus retrouvées chez les personnes âgées sont les accidents vasculaires cérébraux, la maladie de Parkinson, les démences, la sclérose latérale amyotrophique, les causes ORL et œsophagiennes, et l'effet des médicaments, selon Forster et al., (2013; 10). Puisieux et al., (2009; 19), déclarent que « *les maladies cérébrovasculaires et les maladies neurologiques sont les principales causes de dysphagie chez la personne âgée* ».,

### **3.1. Les accidents vasculaires cérébraux (AVC) :**

Les AVC sont une pathologie plus fréquente chez les personnes âgées : Bejot et al., (2007; 2), affirment que : « *L'âge est le facteur de risque le plus important. Après 55 ans, pour chaque tranche d'âge de 10 ans, les taux d'AVC sont multipliés par 2 à la fois chez l'homme et chez la femme.* » Les troubles de la déglutition sont souvent présents: dans 25 à 80 % des cas à la phase aigue puis dans 11 à 50 % des cas à 6 mois de l'AVC, selon Forster et al. (2013; 10).

- Accident vasculaire cérébral sylvien unilatéral

Veis et Logemann (1985), cités par (Woisard & Puech, 2011; 26), retrouvent un retard de déclenchement du réflexe de déglutition dans 82 % des cas, ce qui provoque des fausses routes le plus souvent aux liquides.

- Accident vasculaire cérébral central bilatéral : syndrome pseudo-bulbaire

On observe une perte des mouvements volontaires des muscles innervés par les noyaux centraux (diplégie faciale), et une libération du réflexe bulbaire. Le temps oral, faisant appel à des activités motrices volontaires, est donc massivement touché, avec des difficultés de propulsion oropharyngée. Dans ces conditions, « *le retard de déclenchement du temps pharyngé peut être très long, le délai étant parfois incompatible avec une déglutition sans fausse route* » (Woisard & Puech, 2011; 26).

- Accident vasculaire du tronc cérébral : syndrome de Wallenberg (syndrome bulbaire)

Le syndrome de Wallenberg se caractérise notamment par une paralysie vélo-pharyngo-laryngée, à cause de l'atteinte du noyau ambigu (nerfs IX, X et XI), ce qui entraîne des troubles de la déglutition majeurs. Les fausses routes sont importantes, y compris à la salive.

## **2.2. La maladie de Parkinson :**

La maladie de Parkinson débute entre 58 et 62 ans en moyenne, sa prévalence augmente avec l'âge, et dans 10 % des cas, elle débute avant 40 ans, d'après Defebvre (2007; 7). V. Chrysostome & F. Tison (2003) cités par Defebvre, (2007; 7) estiment que 1,9 % des français de plus de 65 ans en sont atteints.

Les troubles de la déglutition sont présents chez 30 à 80 % des malades selon Forster et al. (2013; 10), mais selon Woisard & Puech (2011; 26), 50 à 80 % des patients touchés ne présenteraient que des troubles légers.

L'altération de la motricité automatique perturbe le fonctionnement de la déglutition, avec un ralentissement général. Cet allongement du temps de déglutition entraîne une fatigue musculaire qui majore ensuite les troubles de la déglutition.

Pendant la préparation du bolus : la mastication est affaiblie et imprécise, le bolus est donc mal fractionné, on note des stases buccales.

Le temps de transport oral est atteint : la langue exécute des mouvements antéropostérieurs répétitifs (festinations linguales), la déglutition peut être fragmentée.

Le temps pharyngé est ralenti et diminué dans son ensemble, ce qui entraîne des stases et des fausses routes.

## **2.3. La maladie d'Alzheimer :**

De manière générale, toutes les démences neuro-dégénératives sont susceptibles d'entraîner des troubles de la déglutition, en rapport avec les troubles de l'attention, de la concentration et les troubles praxiques qui apparaissent avec l'évolution de la maladie.

La maladie d'Alzheimer se développe chez les personnes âgées, sauf cas rares. (Brookmeyer et al., 2011; 3)

Le manque de vigilance et d'éveil, chez la personne atteinte de maladie d'Alzheimer, peut entraîner des fausses routes par perturbation des mouvements volontaires de la déglutition.

Les troubles du comportement alimentaires sont fréquents, selon Secher, Gillette-Guyonnet, & Nourhashémi, (2011; 21) qui notent la prédominance de l'anorexie. La personne âgée peut refuser de manger, oublier de mâcher ou de déglutir, faire des blocages.

Le réflexe de toux est moins sensible aux pénétrations laryngées et est retardé (Capet et al., 2007; 4), ce qui augmente le nombre de fausses routes.

Les patients dont les troubles praxiques ou comportementaux les empêchent de se nourrir seuls nécessitent qu'on leur donne à manger, ce qui majore le risque de troubles, surtout si le volume et le rythme des bouchées, ou si la position de l'aidant ne sont pas appropriés.

#### **2.4. La sclérose latérale amyotrophique (SLA) :**

La sclérose latérale amyotrophique est une maladie rare dont l'incidence est évaluée entre 0,4 et 2,6 pour 100 000 habitants par Beghi et al.(2006), cités par Soriani & Desnuelle, (2009; 23), cependant les troubles de la déglutition y sont majeurs. L'incidence de la SLA augmente à partir de l'âge de 40 ans (Soriani & Desnuelle, 2009; 23), ce n'est donc pas une maladie spécifique à la personne âgée.

L'atteinte du bulbe rachidien entraîne une paralysie labio-glosso-vélo-pharyngo-laryngée bilatérale progressive. Les troubles de la déglutition interviennent donc très tôt dans la forme bulbaire, et lors de la progression de la maladie dans la forme spinale. Ils sont majeurs et « *quasiment inéluctables au cours de l'évolution de la maladie* », selon Kuhnlein et al. (2008), cités par Forster et al., (2013; 10).

## **2.5. Causes locales :**

- Candidose oropharyngée

La candidose oropharyngée, infection de l'oropharynx, perturbe la préparation et la propulsion du bolus : la douleur limite les mouvements de la langue, la sécheresse buccale amoindrit l'insalivation. 13 à 47 % des personnes âgées hospitalisées ou vivant en institution souffriraient de candidose oropharyngée, selon Laurent, Gogly, Tahmasebi, & Paillaud, (2011; 16).

- Diverticule de Zenker

Le diverticule de Zenker est une hernie de la muqueuse pharyngée à la jonction pharyngo-œsophagienne. Il se développe principalement chez les hommes de plus de 60 ans, d'après Carrère & Pradère, (2004; 5).

Le diverticule entraîne des stases pharyngo-laryngées qui peuvent provoquer à leur tour des blocages, des fausses routes secondaires ou des régurgitations. (Levard et al., 2005; 18)

## **2.6. Médicaments :**

Certains médicaments peuvent avoir des effets indésirables sur le fonctionnement de la déglutition ou peuvent aggraver un trouble déjà existant selon Puisieux et al., (2009; 19) et Forster et al., (2013; 10). Ils peuvent agir à plusieurs niveaux et provoquer :

- Une sédation ou dépression du système nerveux central
- Une atteinte de la jonction neuromusculaire
- Une atteinte de la force musculaire
- Un symptôme extra pyramidal
- Une hyposialie ou une xérostomie
- Un reflux gastro-œsophagien
- Une œsophagite

#### **4. Conséquences et complications d'un trouble de la déglutition**

Un trouble de la déglutition peut avoir des répercussions à plusieurs niveaux :

Atteinte de la fonction respiratoire : dyspnée ou arrêt respiratoire en cas de fausse route obstructive, insuffisance respiratoire chronique.

Infections pulmonaires : bronchites chroniques, pneumopathies d'inhalation.

Retentissement nutritionnel : dénutrition et déshydratation qui peuvent entraîner une perte musculaire avec difficulté à la mobilisation, chutes, escarres.

Retentissement psychologique : perte du plaisir de manger, peur ou refus de manger, perte d'appétit, anxiété, dépression.

Perturbation de la sphère sociale : isolement lors des repas, limitation des activités sociales et physiques, perte d'autonomie et risque d'institutionnalisation.

Atteinte du pronostic vital : arrêt respiratoire puis cardiaque en cas d'étouffement, décès à moyen et long terme en cas de carences nutritionnelles ou d'infections pulmonaires.

Forster et al., (2013; 10), déclarent que : « *Les conséquences infectieuses des fausses routes au plan respiratoire sont donc majeures en terme de morbidité et de mortalité* »

### **III. Bilan des troubles de la déglutition chez la personne âgée**

Le bilan des troubles de la déglutition est réalisé par le médecin phoniatre ou ORL et/ou l'orthophoniste, suivant les structures. Il s'agit d'analyser le trouble, par un entretien approfondi avec le patient et son entourage, et par des examens cliniques, afin de proposer une rééducation ou des aménagements qui rendront la déglutition plus efficace et sécurisée.

## **1. Examen général**

Les troubles de la déglutition des personnes âgées sont à mettre en lien avec le vieillissement normal et pathologique de l'organisme. Nous allons évaluer :

- Les capacités cognitives du patient, et donc ses capacités de compréhension et d'apprentissage.
- L'autonomie dans la vie quotidienne, et notamment dans le domaine de l'alimentation.
- Les capacités respiratoires et phonatoires.
- L'état buccodentaire.

## **2. Entretien**

L'entretien va permettre au patient d'exprimer les difficultés qu'il rencontre pour s'alimenter et de préciser les manifestations, les conditions d'apparition et les fréquences d'apparition de ces difficultés.

La gêne ressentie par le patient pourra être objectivée par le Deglutition Handicap Index (DHI) : c'est un questionnaire d'autoévaluation composé de 30 items qui explore l'aspect physique, fonctionnel et émotionnel des troubles de la déglutition.

Le professionnel s'attache à recueillir les antécédents du patient, son contexte alimentaire et des symptômes spécifiques ou aspécifiques de troubles de la déglutition.

- Contexte alimentaire :

Il s'agit de se faire une idée la plus précise possible du contexte dans lequel le patient s'alimente. Selon Woisard & Puech, (2011; 26), nous nous attacherons à approfondir les éléments suivants : le lieu où le patient prend son repas, son installation lors des repas, le type d'alimentation actuelle dont il bénéficie, les caractéristiques des prises alimentaires (volume, rythme, tierce personne...).

- Recherche de symptômes spécifiques et aspécifiques :

Le patient est invité à décrire ses difficultés de déglutition. Nous devons ensuite analyser plus en profondeur les éléments pointés, lors de l'examen clinique et lors des essais alimentaires.

Les symptômes spécifiques :

Les symptômes les plus fréquents sont le bavage, les régurgitations nasales, les blocages, les stases, les difficultés de mastication et les fausses routes.

Les symptômes aspécifiques :

L'alimentation du patient peut être modifiée par le trouble de la déglutition : changement de textures et de consistances, restrictions alimentaires, allongement de la durée du repas...

Nous rechercherons des possibles répercussions du trouble de la déglutition: atteinte de la fonction respiratoire, infections pulmonaires, retentissement nutritionnel et musculaire, retentissement psychologique, perturbation de la sphère sociale.

### **3. Examen clinique**

Il s'agit d'évaluer directement l'anatomie, la motricité et la sensibilité des structures impliquées dans le processus de déglutition.

- Examen neurologique :

On s'attachera à dépister des troubles cognitifs et à évaluer la motricité globale. L'efficiencia des paires crâniennes doit être vérifiée.

- Examen ORL :

On observera l'anatomie du carrefour aérodigestif, la mobilité des structures impliquées dans le mécanisme de déglutition, et la fonctionnalité de la déglutition, à l'aide du nasofibroscope et de la radioscopie.

Le nasofibroscope est non invasif, il permet d'observer directement le pharynx et le larynx. Nous pouvons donc apprécier la mobilité des muscles pharyngés et laryngés, rechercher des stases éventuelles et observer le processus de déglutition. L'examen vidéo-fluoroscopique de la déglutition permet de visualiser tous les temps de la déglutition, notamment les temps pharyngés et œsophagiens, en temps réel.

#### **4. Essais de déglutition**

Si l'endoscopie et la vidéo-fluoroscopie ne sont pas réalisables (absence de matériel ou de professionnel qualifié dans la structure), il est nécessaire d'effectuer tout de même des essais alimentaires pour évaluer la fonctionnalité de la déglutition :

Le patient pourra commencer par une déglutition à vide, c'est-à-dire par avaler sa salive. Puis, on lui proposera des aliments de consistances différentes, en commençant par celles qui présentent moins de risque de fausses routes : consistances semi-liquide, liquide et solide.

#### **5. Observation de repas**

L'observation d'un repas peut amener des informations complémentaires intéressantes, notamment lorsque le trouble de déglutition est difficile à cerner par l'évaluation clinique et les essais alimentaires. Elle permet d'analyser le patient dans une situation la plus écologique possible. Nous pouvons étudier : l'installation du patient, sa posture, la quantité et le rythme des prises alimentaires, la fréquence et les conditions d'apparition des troubles, la réaction du patient face à ces troubles, la durée du repas, les capacités attentionnelles et l'appétit du patient. Cela permet aussi de tester un panel plus large de consistances et de textures que lors des essais, et d'observer la gestion de leur mélange.

L'observation de repas sera également pertinente lorsque l'on souhaitera modifier la consistance et la texture du régime alimentaire d'un patient (reprise alimentaire après un AVC, aménagements face à des troubles passagers ou évolutifs).

## **6. Bilan nutritionnel**

Il est réalisé par un diététicien. Celui-ci évalue notamment la situation nutritionnelle du patient (nutrition correcte, dénutrition...) et les apports nutritionnels journaliers.

En cas de dénutrition, le diététicien peut proposer un enrichissement des préparations et la prise de produits hyper-protéinés. Une dénutrition sévère liée à des difficultés importantes d'alimentation orale peut justifier le choix d'une alimentaire artificielle.

Le diététicien analyse aussi les consistances et les textures des aliments mangés préférentiellement ou avec difficulté par le patient, afin de lui proposer des adaptations dans ce domaine.

## **IV. Prise en charge des troubles de la déglutition du sujet âgé**

Nous traiterons dans cette partie la prise en charge ciblée des troubles de la déglutition. Il ne faut pas oublier les conséquences et les complications que les troubles peuvent entraîner (dénutrition, infections respiratoires...), même si ne nous ne détaillons pas leur prise en charge ici.

### **1. Rééducation spécifique**

#### **1.1. *Exercices analytiques :***

Les exercices analytiques visent à améliorer la sensibilité, la sensorialité et la motricité des récepteurs et muscles impliqués dans le mécanisme de déglutition, de façon isolée.

Forster et al., (2013; 10) indiquent que le « *renforcement musculaire de la langue, des muscles respiratoires, des mouvements des lèvres, joues, larynx et cordes vocales permet d'améliorer la dysphagie dans les suites d'un AVC ou d'une chirurgie ORL* », mais ils reconnaissent que les difficultés cognitives des patients âgés peuvent rendre impossible une telle rééducation. De plus, le bénéfice de ce renforcement musculaire est limité dans le cadre d'une pathologie dégénérative puisque les déficiences vont augmenter : il vaut donc mieux se tourner vers les aménagements possibles.

### **1.2. Exercices fonctionnels :**

Les exercices fonctionnels portent sur des séquences motrices complètes nécessaires à la déglutition. Ils sont ciblés selon les troubles du patient.

Les exercices de rééducation spécifique ne sont pas toujours adaptés à un patient âgé, car ils requièrent des capacités cognitives et une participation active du patient. Capet et al., (2007; 4) précisent que l'effet déclenchant des stimulations sensibles (eau gazeuse, température glacée) « *ne dure pas plus de deux ou trois déglutitions* ».

### **1.3. Apprentissage de manœuvres de déglutition :**

Différentes manœuvres permettent de renforcer la protection des voies respiratoires en cas de risque important de fausses routes (fermeture précoce, déglutition sus-glottique ou super-sus-glottique) ou d'améliorer la vidange pharyngée (déglutition d'effort, déglutition de Mendelsohn). Elles demandent cependant des capacités d'apprentissages et une certaine vigilance chez le patient.

## **2. Aménagements**

Les conditions et les propriétés des repas peuvent être aménagées afin de faciliter la déglutition et de limiter le risque de fausses routes. Il ne s'agit pas de récupérer des capacités de déglutition, mais d'utiliser des stratégies adaptatives avec les capacités restantes du patient.

## **2.1. Information de l'entourage :**

L'information de l'entourage est primordiale pour que celui-ci puisse comprendre et soutenir le patient dans ses difficultés, et favoriser les meilleures conditions de repas possible. L'entourage est d'autant plus important pour soutenir une personne âgée, dont les capacités cognitives sont parfois altérées : il veille au respect des consignes de sécurité et les rappelle au patient. Il faut aussi l'informer de la conduite à tenir en cas d'étouffement.

## **2.2. Postures de tête :**

Elles modifient la morphologie du pharyngo-larynx et les effets de la gravité sur le bol alimentaire, dans le but d'améliorer la propulsion du bolus et/ou de renforcer la protection des voies respiratoires.

- Extension

L'extension de la tête peut aider le patient à faire descendre le bolus. Cette posture doit être utilisée prudemment, car elle favorise le risque de fausses routes.

- Flexion antérieure

Le fait de pencher la tête en avant lors de la déglutition protège les voies respiratoires. Capet et al., (2007; 4), précisent que « *L'antéflexion de la tête aide à maintenir le bolus dans la cavité buccale et permet à l'épiglotte d'adopter une position protégeant mieux les voies respiratoires* ».

- Rotation

Dans le cas d'une atteinte unilatérale de la mobilité des plis vocaux, une rotation de la tête vers le côté paralysé permet d'orienter le bolus vers le côté sain (en écrasant le sinus piriforme atteint), et de limiter les fausses routes. Forster et al., (2013; 10), citent le cas des patients hémiparétiques suite à un AVC.

### **2.3. Installation :**

Le patient doit être bien installé pour prendre son repas ou boire un verre : il faut éviter la position couchée et semi-couchée qui favorise l'ouverture du larynx et diminue les capacités de propulsion du bolus à tous les niveaux. Le patient doit être assis, comme le recommandent Desport et al., (2011; 8) et Forster et al., (2013; 10). Woisard & Puech, (2011; 26), indiquent que « *l'alimentation au lit est possible si le dos peut être relevé à 45 degrés au minimum* ». Des oreillers glissés derrière la tête du patient permettent de maintenir sa position et de favoriser l'antéflexion du menton sur le sternum, durant le temps du repas. Le relèvement des jambes évite au patient de glisser au fond du lit, d'après Ruglio, (2012; 20). La hauteur de la table doit être adaptée pour une prise alimentaire sans forcer.

### **2.4. Prises alimentaires :**

Le patient doit être attentif au volume et au rythme des bouchées ou des gorgées, lors de l'alimentation :

- Volume

Les bouchées trop petites peuvent être insuffisantes pour déclencher le réflexe de déglutition et les bouchées trop grosses sont plus difficiles à contrôler : Lacaou St Guily et al., (2005; 14) recommandent le volume d'une cuillère à café.

- Rythme

Le patient doit attendre d'avoir bien avalé une bouchée avant d'en ingurgiter une autre. Les stases éventuelles peuvent être dégagées en avalant une 2<sup>e</sup> fois à vide, en avalant la salive, et en toussant entre les bouchées.

## **2.5. Adaptation des ustensiles :**

Différents ustensiles permettent de faciliter la déglutition ou de limiter les fausses routes, ce ne sont pas les mêmes ustensiles qui sont conseillés selon les troubles.

- Pour les boissons

- La cuillère à café : elle permet de gérer les volumes de chaque gorgée, et ne demande pas d'extension de la tête.

- Le verre à encoche nasale : il permet de boire le contenu du verre entièrement sans avoir à lever la tête pour le finir. Dans le cas d'un verre standard, le patient ne doit pas boire la fin du verre.

- La paille : elle permet d'éviter une extension de la tête, mais doit être utilisée avec précaution, car le volume de boisson aspiré est difficile à contrôler.

- Le verre à bec (canard) : il permet de diminuer les difficultés de fermeture labiale, le patient renversant moins d'eau. En revanche, son utilisation est fortement déconseillée : il favorise l'extension de la tête, qui est une posture à risque. Il est interdit en cas de fausses routes avérées.

- La bouteille : elle est fortement déconseillée, car elle oblige le patient à lever la tête pour boire.

- Pour les aliments

Dans le cas de difficultés motrices, des ustensiles adaptés existent, pour faciliter la prise alimentaire. Desport et al., (2011; 8) citent les ustensiles suivants : « *couverts adaptés, support antidérapant pour l'assiette, cuillères, fourchette ou couteau avec manche adapté au handicap, assiette à haut rebord, tasse à anse large, etc.* ».

## **2.6. Adaptation de l'alimentation :**

- Consistances et textures :

Les consistances les plus difficiles à avaler dépendent des troubles du patient :

- Les aliments solides sont difficiles à préparer en bolus en cas de difficulté de mastication.
- Les aliments liquides descendent plus vite dans le pharynx, ils nécessitent donc une mise en place rapide du réflexe de déglutition, en cas de retard du déclenchement du réflexe, le risque de fausse route est important.

En général, la consistance pâteuse ou lisse (type compote) ne pose pas de difficulté pour la mastication et la propulsion, et ne descend pas trop vite dans l'oro-pharynx.

Certaines textures sont aussi à éviter en cas de troubles de la déglutition :

- Les aliments secs peuvent être difficiles à préparer en bolus ou à propulser. Il faut parfois les enrober de sauce ou de crème pour pouvoir les avaler.
- Les aliments friables (couscous, riz, petites pâtes, lentilles...) sont plus difficiles à contrôler, le bolus n'est pas compact et une partie peut passer plus facilement dans les voies respiratoires.
- Les aliments élastiques et les aliments croquants peuvent être difficiles à mastiquer.
- Les aliments pâteux et collants être difficiles à propulser dans l'oropharynx.
- Le mélange de consistances (biscottes trempées dans du café...) nécessite la coordination de différents mécanismes. En cas de troubles de la déglutition, il est difficile à gérer : le bolus est fractionné, la partie liquide à tendance à glisser dans le pharynx avant la partie solide et avant la mise en place du réflexe de déglutition.

Il est conseillé de privilégier des aliments au goût prononcé, d'assaisonner les plats et de les servir à température différente du corps (plats bien chaud ou froids), pour augmenter les informations sensibles et donc stimuler le déclenchement du réflexe de déglutition.

- Boissons

Les boissons doivent être adaptées en cas de trouble de déglutition fragilisant la protection des voies respiratoires.

Les liquides stimulants facilitent le déclenchement du réflexe de déglutition. Ruglio, (2012; 20), cite les boissons froides ou glacées (mieux perçues car leur température est différente du corps humain), les eaux pétillantes ou les sodas (les bulles apportent des informations sensibles supplémentaires), les mélanges de jus de fruits sans pulpe avec de l'eau gazeuse froide. En cas de troubles modérés ou importants, ces stimulations supplémentaires ne suffisent pas, il faut épaissir les liquides ou proposer des liquides déjà épais, comme les nectars de fruits.

L'épaississement des liquides à pour but de ralentir leur descente dans l'oro-pharynx, pour que le réflexe de déglutition se mette en place avant leur arrivée.

Des poudres épaississantes spécifiques sont vendues en pharmacie, et permettent d'épaissir tous les liquides (eau, café, jus de fruits, médicaments liquides...) sans en changer le goût. Le mélange doit être homogène, sans grumeaux. Le degré d'épaississement dépend des troubles : type nectar de fruits en cas de troubles légers, type compote si les troubles sont plus importants. En aucun cas le mélange ne doit être très compact : le patient risque d'avoir du mal à propulser le bolus, et de ne pas aimer la texture finale.

De l'eau gélifiée et aromatisée est également proposée en pharmacie, mais si elle est gardée longtemps en bouche (stagnation du bolus dans la bouche, défaut d'initiation du réflexe), elle se liquéfie et perd son utilité.

- Régimes

Un diététicien peut aider le patient et son entourage à lister des aliments appréciés qui seront faciles à déglutir sans risque, en tenant compte des consistances et textures recommandés pour le patient, et des goûts personnels de celui-ci. En cas d'hospitalisation, il faut composer avec les régimes proposés dans l'établissement : régime normal, régime haché, régime mouliné,

régime mixé... Les types de régimes proposés et leurs caractéristiques varient selon les structures. Le patient remplit une enquête de goûts pour éliminer les aliments qu'il n'aime pas, cette enquête peut aussi permettre d'éliminer des aliments à risque lorsqu'il n'existe pas de régime adapté. Par exemple, on pourra proposer un régime mouliné et éliminer les potages et les aliments friables dans l'enquête de goûts.

Le régime du patient sera amené à être modifié en fonction de l'évolution des troubles : récupération (AVC) ou aggravation (maladie neurodégénérative).

### **2.7. Aménagement de l'environnement:**

L'environnement dans lequel le patient prend son repas doit être relativement calme, pour qu'il ne soit pas déconcentré au moment d'avaler une bouchée. Il faut, selon Lacau St Guily et al., (2005; 14), éviter « *toute distraction visuelle et auditive* ». La télévision à table peut diminuer la vigilance du patient. Dans les hôpitaux, elle est souvent située en hauteur, ce qui oblige le patient à lever la tête pour la regarder, posture dangereuse pour quelqu'un faisant des fausses routes. Parler en mangeant est fortement déconseillé, car cela demande une coordination fine entre les mécanismes de la déglutition, de la respiration et ceux de la phonation : le larynx alterne sans cesse entre protection laryngée, ouverture pour respirer et vibration des cordes vocales pour parler, ce qui demande une vigilance importante, sans quoi des fausses routes sont possibles.

### **2.8. Répartition des prises alimentaires :**

Le repas peut demander beaucoup d'efforts attentionnels et musculaires au patient : il faut penser aux consignes données, faire des manœuvres, les muscles sont parfois affaiblis... Cela peut conduire le patient à écourter son repas par fatigue. Il convient alors de répartir les prises alimentaires sur la journée en augmentant le nombre de repas pour un même apport nutritionnel total. Les repas en fin de journée doivent être réduits car la fatigue augmente lors de la journée. Desport et al., (2011; 8) soulignent, à propos des patients parkinsoniens, que « *les horaires de prises de repas doivent être adaptés aux périodes de meilleure aptitude* », selon l'effet des traitements.

## **2.9. Donner à manger à un patient:**

Lorsqu'un patient ne peut se nourrir seul, l'aidant doit veiller aux conseils de sécurité, de consistances et de textures qui lui ont été donnés par les professionnels. Il doit particulièrement être attentif aux points suivants, énumérés par Desport et al., (2011; 8) :

- Ne pas distraire le patient pendant qu'il avale des bouchées.
- Lui rappeler régulièrement les consignes nécessaires. (ex : posture de tête)
- Se placer à hauteur du patient, ne pas rester debout car cela oblige le patient à lever la tête pour manger.
- Eviter de toucher les dents pour que le patient ne morde pas la cuillère.
- Donner des bouchées de taille adaptée (cuillère à café).
- S'assurer que le patient a bien avalé une bouchée avant de lui donner la suivante.
- Nettoyer la bouche du patient après le repas, lui conseiller de ne pas s'allonger tout de suite, mais de rester assis environ 20 minutes afin d'éviter une pneumopathie d'inhalation tardive, une régurgitation, un reflux.

Desport et al., (2011; 8) décrivent la technique suivante pour améliorer la prise en bouche du bolus, ils conseillent : « *d'aborder la bouche du patient par le bas, de placer la nourriture au milieu de la bouche du patient sur le tiers avant de la langue, et de pousser la langue vers le bas pour aider à son refoulement vers l'arrière de la bouche* ».

## **2.10. Hygiène bucco dentaire :**

Un soin particulier doit être porté à l'hygiène bucco dentaire de la personne âgée : brossage des dents, soins de bouche, suivi dentaire. Le patient aura peut être besoin de prothèses dentaires : il faudra veiller à ce qu'elles restent toujours bien adaptées et les nettoyer régulièrement.

### **2.11. Réaménagement des traitements médicamenteux :**

Certains médicaments pouvant provoquer ou majorer des troubles de déglutition, le traitement pourra être revu avec une suppression ou un remplacement des médicaments incriminés, si cela est possible.

A l'inverse, des médicaments peuvent être proposés en cas de troubles de la salive, selon Desport et al., (2011; 8).

### **2.12. Maintien du plaisir :**

L'alimentation est un besoin essentiel à la survie, mais c'est aussi un moment de plaisir et de convivialité. Les troubles de déglutition et les aménagements mis en place peuvent facilement mettre à mal cette notion de plaisir. Il faudra y être vigilant, et contribuer à maintenir ce plaisir, par exemple : en prenant le temps de lister les aliments préférés du patient compatibles avec les consistances et textures recommandées, en aromatisant l'eau épaissie avec du sirop, et en soignant la présentation des plats mixés pour les rendre plus attrayants... Dupuy & Saulnier, (1999; 9), et Sidobre, Chevallier, Soriano, & Puech, (2011; 23), ont publié des livres de recettes mixées, adaptées aux personnes dysphagiques.

Le patient peut ressentir le besoin d'exprimer ses difficultés et cela à quoi elles le renvoient auprès d'un psychologue. En effet, les troubles de déglutition touchent à l'identité de la personne et à son autonomie. Le patient ne se sent plus libre de manger ce qu'il souhaite, les plats mixés peuvent être perçus comme infantilissants.

## **3. Autres modes d'alimentation**

Si les apports per os sont insuffisants ou trop dangereux malgré les aménagements, il convient de mettre en place un autre mode d'alimentation en complément ou remplacement de l'alimentation orale, afin de lutter contre la dénutrition.

L'alimentation artificielle prive le patient du goût des aliments et de l'habitude de manger, mais elle permet de lui éviter des repas longs, fatigants et dangereux et elle permet de lui fournir tous les apports nutritionnels nécessaires.

La mise en place d'une alimentation artificielle n'empêche pas le maintien d'une alimentation plaisir par la bouche si cela n'est pas trop dangereux: sous surveillance, le patient peut prendre de petites quantités d'aliments afin de savourer leur goût.

### **3.1. Alimentation entérale :**

« Près de 10 % des sujets âgés institutionnalisés bénéficient d'une alimentation entérale par sonde nasogastrique, gastrostomie ou jéjunostomie en raison de problèmes d'anorexie, de dysphagie, de démence ou de fausses routes » soulignent Hébuterne & Rampal, (1996; 11). La gastrostomie endoscopique percutanée (GPE) est la solution la plus adaptée face aux troubles de déglutition durables ou définitifs (Kopf, 2001; 13).

### **3.2. Nutrition parentérale :**

Il s'agit de perfuser le malade pour lui fournir des apports nutritionnels directement dans le système sanguin, en évitant la voie digestive. Plusieurs auteurs s'accordent sur le fait que l'alimentation parentérale doit être utilisée de façon limitée et sur une courte durée, l'alimentation entérale devant être privilégiée dès que possible. (Dall'Osto et al., 2005; 6) et (Lescut, 2007; 17).

### **3.3. Nutrition artificielle et fin de vie :**

En fin de vie, l'instauration d'une nutrition artificielle chez une personne dysphagique est soumise à des enjeux éthiques importants, et pour lesquels aucun consensus n'a été établi.

Hébuterne & Rampal, (1996; 11), déclarent que : « *Le sujet âgé institutionnalisé, atteint d'une affection chronique évolutive non curable, est la plupart du temps dénutri. Cependant, la décision de mise en place d'une alimentation entérale pose un problème médical et éthique délicat, et doit être pesée en fonction du bénéfice escompté et des risques potentiels.* »

Lacroix, (2011; 15), précise : « *Au stade terminal, débiter une nutrition artificielle n'est pas recommandé ; elle n'améliore ni la survie ni la qualité de vie.* » Elle cite également les situations de démence avancée « *dans lesquelles aucun impact positif sur la qualité de vie, ni sur la morbi-mortalité n'a pu être démontré* ».

#### **4. En cas d'urgence : fausse route obstructive**

La personne âgée peut avoir la sensation de s'étouffer en mangeant ou en buvant, lorsqu'elle fait une fausse route : l'aliment ou le liquide pénètre dans la trachée.

- Fausse route avec un liquide :

La fausse route aux liquides n'est pas obstructive, il faut rassurer la personne âgée pour qu'elle se détende, et l'inciter à tousser si besoin.

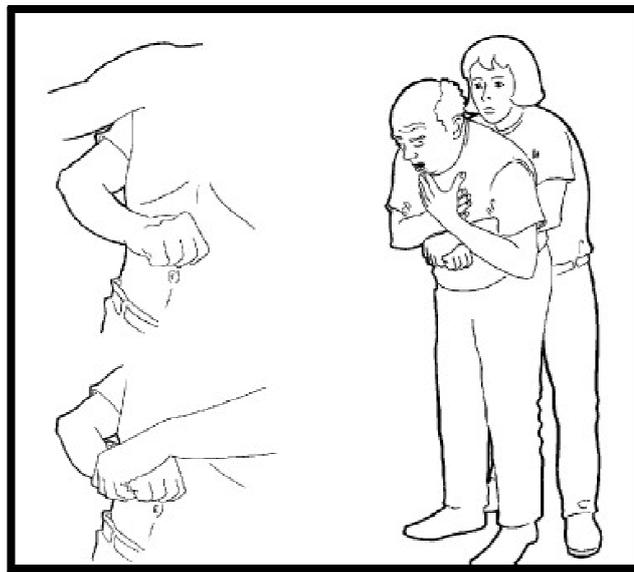
- Fausse route avec un solide :

L'obstruction est incomplète : la personne tousse et devient rouge, mais elle peut respirer. Il faut la rassurer et l'encourager à tousser pour dégager les voies respiratoires. Il ne faut pas lui donner à boire, ni lui taper dans le dos, cela peut aggraver la situation.

L'obstruction est totale : la victime ne peut ni respirer ni parler, il faut réaliser des gestes d'urgence, et notamment la manœuvre d'Heimlich :

La manœuvre de Heimlich provoque une surpression à l'intérieur du thorax qui peut expulser le corps étranger des voies respiratoires (Woisard & Puech, 2011; 26). Il faut se placer derrière la victime et mettre les bras sous les siens. Puis, il faut positionner un poing fermé (paume tournée vers le sol) en dessous du sternum de la victime et mettre l'autre main par-dessus le poing. Ensuite, il faut enfoncer le poing vers le haut d'un coup sec. La manœuvre peut être répétée 5 fois.

Il est recommandé de ne pas taper dans le dos des personnes âgées, selon Ruglio (2012; 20), car la distinction entre obstruction incomplète et obstruction totale est plus difficile à faire que chez les personnes jeunes.



**Figure 3 :** La manœuvre de Heimlich.

d'après <http://www.soins-infirmiers.com/>

## **METHODE**

### **I. PROBLEMATIQUE ET OBJECTIFS**

#### **1. Problématique**

Nous avons constaté que les troubles de la déglutition sont fréquents chez les personnes âgées, et que leur retentissement est important sur la santé et la qualité de vie de ces personnes. Le centre hospitalier Emile Roux (CHER), au Puy en Velay, accueille de nombreuses personnes âgées qui sont en situation de fragilité : le pôle Gériatrie, avec une capacité d'accueil de 189 lits, représente 38% de la capacité d'accueil totale, et des personnes âgées sont aussi hospitalisées dans d'autres pôles (Médecine-Urgences et Chirurgie), c'est donc autant de personnes qui peuvent potentiellement être atteintes de troubles de la déglutition.

Les orthophonistes sont rattachées au service de rééducation fonctionnelle, cependant elles sont souvent appelées dans tout le centre hospitalier pour réaliser des bilans de déglutition, sur prescription médicale. En 2013, les deux orthophonistes à mi-temps ont réalisé 165 bilans des troubles de la déglutition, dans 14 services différents. A chaque passage, elles redonnent les conseils de sécurité (posture, installation, prise alimentaire...) et proposent une modification des textures et consistances adaptées au patient. Les conclusions du bilan sont accessibles aux équipes soignantes, directement dans le dossier papier du patient (feuilles de transmission) ou dans le dossier informatique du patient.

Ces bilans sont prescrits au sujet de personnes dont les troubles de déglutition importants ont déjà été notés par l'équipe, et souvent le changement de régime est déjà en place. Au final, les orthophonistes ne font que répéter les conseils pour une bonne déglutition et confirmer les adaptations de régimes. Par ailleurs, les troubles de déglutition de certaines personnes âgées ne sont pas perçues par l'équipe soignante, ces personnes ne sont donc pas vues par les orthophonistes.

Avec les orthophonistes présentes, nous avons pu constater que les soignants n'ont pas toujours un comportement adapté face aux troubles de la déglutition, en voici quelques exemples :

- Les soignants peuvent donner des cachets avec de l'eau pure aux patients totalement couchés dans leur lit ou en position semi-assise.
- Les soignants donnent souvent à manger aux patients en étant debout et à côté du patient, le patient devant tourner la tête et la mettre en extension pour manger.
- Certains patients ont des verres à bec (canard) à leur disposition.
- Lorsque l'orthophoniste a conseillé d'épaissir les liquides pour un patient, les soignants pensent à épaissir l'eau mais servent le café et les jus de fruits non épaissis. Le café peut parfois être « épaissi » avec des biscottes trempées dedans.
- L'eau épaissie ne l'est pas toujours à la bonne consistance : trop liquide ou trop épaissie, les soignants sont en difficulté quant à la gestion de la poudre épaississante.
- Les soignants entrent parfois en sympathie avec les patients qui n'aiment pas le changement de consistance, et leur donnent des aliments de consistance normale ou de l'eau pure pour qu'ils puissent manger ou boire quelque chose de bon, ne semblant pas avoir conscience des complications possibles.
- L'orthophoniste est sollicitée pour des problèmes qui ne relèvent pas de ses compétences : évaluation des apports nutritionnels, patient dépressif qui refuse de manger, patient qui a besoin qu'on lui donne à manger à la cuillère...

Les infirmiers et aides-soignants sont en première ligne concernant les troubles de déglutition des patients : ce sont eux qui donnent les traitements, qui servent les repas, qui peuvent donner à manger aux patients, et qui sont présents sur les temps de vie quotidienne. **Il nous paraît donc important qu'ils puissent repérer des troubles de déglutition importants, qu'ils sachent quand se tourner vers l'orthophoniste, et qu'ils mettent correctement en place les conseils de sécurité et les changements de textures et consistances.** Or, actuellement, les soignants nous paraissent en difficulté à ce propos.

## **2. Hypothèses**

Nous avons émis plusieurs hypothèses pouvant expliquer ces difficultés :

- Les soignants manquent d'informations sur les troubles de la déglutition.
- Les soignants ont certaines informations sur les troubles de la déglutition (conseils de l'orthophoniste pour chaque patient vu), mais ne les appliquent pas correctement car ils n'ont pas bien compris ce qu'il faut faire.
- Les soignants ont certaines informations sur les troubles de la déglutition (conseils de l'orthophoniste pour chaque patient vu), mais ne les appliquent pas correctement car ils n'en voient pas l'utilité : ils ne perçoivent pas comment agissent les aménagements proposés et ne mesurent pas les conséquences de la non-application des consignes données.

Dans ces trois cas, nous faisons donc l'hypothèse que les soignants ont besoin d'informations sur les troubles de la déglutition afin de mieux accompagner les patients.

Pour vérifier cette hypothèse, nous avons décidé d'élaborer un questionnaire relatif aux troubles de la déglutition et aux aménagements qui peuvent être proposés, à destination des soignants. Si l'analyse des questionnaires mettait en évidence un besoin et des attentes d'informations de la part des soignants, nous prévoyions de créer un support d'information.

## **3. Objectifs**

Nous espérons que ce travail permettra d'améliorer le dépistage et l'accompagnement des patients dysphagiques âgés par les soignants du centre hospitalier. Le livret d'information devra leur donner des conseils pour qu'ils puissent repérer des troubles de déglutition importants, qu'ils sachent quand se tourner vers l'orthophoniste, et qu'ils mettent correctement en place les conseils de sécurité et les changements de textures et consistances.

## **II. Méthodologie**

### **1. Choix d'une technique d'enquête**

Nous avons choisi le questionnaire comme technique d'enquête. Les entretiens auraient pu nous apporter des réponses plus détaillées, mais nous n'aurions pu récolter que l'avis d'un nombre restreint de professionnels. Or, nous souhaitions recueillir un nombre important de réponses, pour avoir une vision globale des connaissances et des attentes des soignants, dans l'ensemble des services concernés. L'analyse de ces réponses devait nous permettre de créer un livret d'information adapté aux soignants du centre hospitalier Emile Roux (CHER).

### **2. Population**

Nous avons souhaité recueillir l'avis des professionnels qui accompagnent les patients dans leur vie quotidienne. Ce sont les infirmiers et les aides-soignants qui servent les repas, font manger les patients si besoin, et/ou leur donnent les traitements médicamenteux. Nous avons donc créé le questionnaire à leur destination.

Nous avons ciblé 9 services de l'hôpital. Les services du pôle gériatrie, destinés aux personnes âgées ont été sélectionnés en priorité: la médecine gériatrique, l'hôpital de jour gériatrique, le service de soins de suite et de réadaptation gériatrique (SSR gériatrique), le service de soins de suite et de réadaptation spécialisé en rééducation fonctionnelle, communément appelé centre de médecine physique et réadaptation (CMPR), l'unité de soins de longue durée (USLD) et l'établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD). Nous avons également choisi des services du pôle Médecine-Urgences, où les pathologies traitées peuvent soit engendrer, soit être des complications des troubles de la déglutition : la neurologie (service NNR), la pneumologie et la cardiologie. Cela fait donc un total approximatif de 250 soignants sollicités.

### **3. Présentation du questionnaire**

Le questionnaire est disponible dans les annexes.

#### ***3.1. Thèmes abordés dans le questionnaire :***

A partir de nos connaissances théoriques, de nos observations dans le centre hospitalier, et des remarques émises par les soignants au sujet de troubles de la déglutition et de leur prise en charge, nous avons ciblé plusieurs domaines :

- Le rapport des soignants aux troubles de la déglutition : Comment les soignants définissent un trouble de la déglutition ? Est-ce qu'ils estiment y être souvent confrontés ? Sont-ils à l'aise pour donner des informations au patient et à son entourage ? De quelles informations supplémentaires pensent-ils avoir besoin ? Nous voulions évaluer si les soignants étaient souvent confrontés à ces problèmes, et s'il leur manquait des informations. (*question 1, 2, 7 et 11*)
- Les conséquences possibles d'un trouble de la déglutition : elles nous étaient apparues parfois minimisées par les soignants, ce qui pourrait expliquer la non-application rigoureuse des conseils donnés par l'orthophoniste. Nous souhaitions donc évaluer si les soignants avaient perçu tout l'enjeu d'une prise en charge des troubles de la déglutition, au vu des risques encourus. (*question 10*)
- Le repérage des fausses routes aux liquides, et la conduite à tenir : les soignants parlant souvent de fausses routes, nous souhaitions avoir plus d'informations sur la manière dont ils perçoivent celles-ci. Sur quels critères se basent-ils pour affirmer des fausses routes chez un patient ? Au vu des observations parfois étonnantes que nous avons vu dans les services sur la conduite à tenir en cas de fausses routes aux liquides (positions de sécurité, accessoires, consistances...), malgré les conseils avisés de l'orthophoniste, nous avons souhaité recueillir leur opinion sur le sujet. (*questions 3 et 4*)

- Les consistances les plus adaptées en cas de troubles de la déglutition : quelles sont les consistances les plus faciles et les plus difficiles à avaler en cas de troubles, et pour quelles raisons ? (*questions 5 et 6*) Pour ces questions, nous nous sommes appuyés sur des exemples d'aliments ou de préparations que les soignants connaissent à l'hôpital, par exemple la crème hyper protéinée ou la Blédine pour la consistance pâteuse, afin d'avoir le plus possible les mêmes références de consistances. Nous avons rencontré une diététicienne du centre hospitalier, afin qu'elle nous détaille les différents régimes possibles.
  
- Les causes possibles des troubles de la déglutition : ces causes, plus fréquentes chez les personnes âgées que chez les personnes jeunes, expliquent en partie l'augmentation de la prévalence des troubles de la déglutition avec l'âge. Les soignants ont-ils conscience de l'impact de ces maladies, touchant préférentiellement les personnes âgées, dans les troubles de la déglutition ? (*question 9*)
  
- Le rôle de l'orthophoniste dans le domaine de la déglutition : nous avons remarqué que les orthophonistes étaient parfois sollicités pour des problèmes ne relevant pas de leurs compétences. Au contraire, les soignants, face aux difficultés sévères de déglutition d'un patient, ne pensaient pas toujours à faire appel à l'orthophoniste. (*question 8*)

### **3.2. Elaboration du questionnaire :**

Nous avons souhaité élaborer un questionnaire accessible et rapide à remplir pour encourager les soignants. Nous avons donc été attentifs au vocabulaire employé, pour qu'il soit compris par des professionnels non orthophonistes, et nous nous sommes limités à produire un questionnaire de 4 pages, comportant 11 questions.

Nous avons choisi plusieurs types de questions :

Les questions avec des réponses à cocher : questions à choix unique ou questions à choix multiple. Ces questions sont faciles à analyser au niveau statistique, et les soignants y répondent plus volontiers qu'aux questions ouvertes. Ces questions ont tout de même des inconvénients :

Le soignant ne peut pas détailler sa pensée, et donc nous perdons des informations qualitatives. Nous ne pouvons pas prévoir toutes les réponses possibles, notamment lorsque les réponses ne sont pas techniques, par exemple quand nous demandons à un soignant pourquoi il donne peu d'informations au patient. Enfin, le fait que les réponses soient proposées influence la pensée du soignant dans une certaine lecture de la question, et le guide.

Les questions ouvertes : le soignant peut écrire librement sa réponse en quelques lignes en dessous de la question. Ces questions permettent de recueillir des réponses détaillées et n'influencent pas le soignant dans sa réponse. Cependant, les réponses aux questions ouvertes sont plus difficiles et plus longues à analyser statistiquement, et les soignants ne savent pas toujours quoi écrire, ou trouvent cela trop fastidieux : les réponses sont donc moins nombreuses.

Nous avons donc privilégié les questions avec des propositions à cocher, tout en insérant dans le questionnaire des questions ouvertes (ou des sous-questions), pour laisser la possibilité aux soignants de s'exprimer plus en détails et pour moins diriger leurs réponses dans une direction donnée.

### **3.3. Test du questionnaire et modifications avant diffusion :**

Nous avons tenu à soumettre notre questionnaire à quelques soignants avant sa diffusion, afin qu'ils nous fassent part de leurs impressions : nous voulions connaître leurs impressions générales, et savoir si le questionnaire était pratique à remplir, et si les questions étaient

claires et compréhensibles. Deux infirmiers et deux aides-soignants du service de rééducation fonctionnelle ont accepté de faire ce test. Il en est ressorti quelques remarques, à la suite desquelles des modifications ont été faites :

- L'introduction est trop longue et fastidieuse à lire.
- Les questions 5 et 6 paraissent identiques lorsqu'elles sont lues rapidement :

Nous avons donc agrandi la taille des mots « faciles » et « difficiles » et les avons mis en gras, pour qu'ils soient visibles au premier coup d'œil.

- Le reste du questionnaire est facile à comprendre.

#### **4. Diffusion du questionnaire**

Nous avons eu les autorisations nécessaires pour diffuser notre questionnaire dans les services : autorisation de la direction des soins de l'établissement, des responsables de pôle concernés, et des cadres de santé de chaque service. Le projet a paru intéresser la plupart des cadres, nous avons noté une motivation mitigée dans un seul service. Nous avons remis aux cadres le nombre de questionnaires demandés : chaque cadre a estimé globalement le nombre d'infirmiers et aides-soignants dans son service. Les questionnaires ont été distribués 3 semaines avant la date limite de retour. Au total, 253 questionnaires ont été diffusés.

### III. Résultats

Nous avons récupéré les questionnaires distribués dans chaque service juste avant les départs en vacances de fin d'année (les 16 et 18 décembre 2013).

#### 1. Participation au projet

Les cadres de santé ont su motiver leurs équipes dans l'ensemble, puisqu'en moyenne, les questionnaires ont été remplis à 43 % : cela représente 108 questionnaires.

L'EHPAD et USLD, structures très proches au sein de l'hôpital, ont été rassemblés en un seul service pour analyser les questionnaires. Voici les taux de participation détaillés :

| Service              | Nombre de questionnaires remplis | Pourcentage de réponses |
|----------------------|----------------------------------|-------------------------|
| Cardiologie          | 2/45 (+5 rendus hors délai)      | 4%                      |
| NNR                  | 11/45                            | 24%                     |
| CMPR                 | 6/14                             | 43%                     |
| Pneumologie          | 18/38                            | 47%                     |
| Médecine gériatrique | 20/35                            | 57%                     |
| SSR gériatrique      | 17/29                            | 59%                     |
| USLD et EHPAD        | 29/42                            | 69%                     |
| Hôpital de jour      | 5/5                              | 100%                    |
| <b>Total</b>         | <b>108/253</b>                   | <b>43%</b>              |

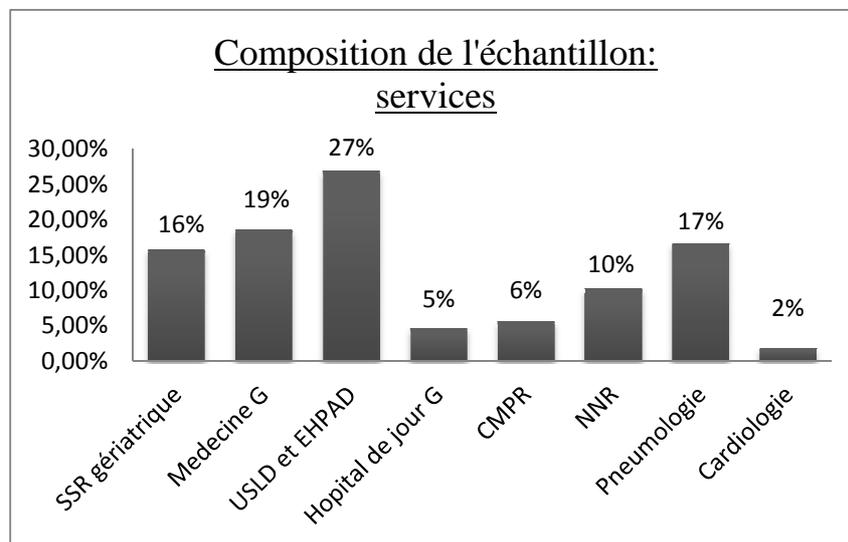
**Tableau 2 :** Taux de réponses aux questionnaires

Les taux de participation sont approximatifs car les cadres de santé ont estimé le nombre de soignants de leur service, il peut y avoir un petit écart entre l'estimation et l'effectif réel des soignants.

Nous notons le petit nombre de questionnaires remplis en cardiologie : les deux questionnaires remplis à temps ne peuvent pas être considérés comme représentatifs du service et les 5 questionnaires rendus hors délai n'ont pas pu être traités. Nous ne pourrions donc pas tirer de conclusion sur ce service en particulier. Il faut également tenir compte des petits effectifs de l'hôpital de jour gériatrique et du CMPR.

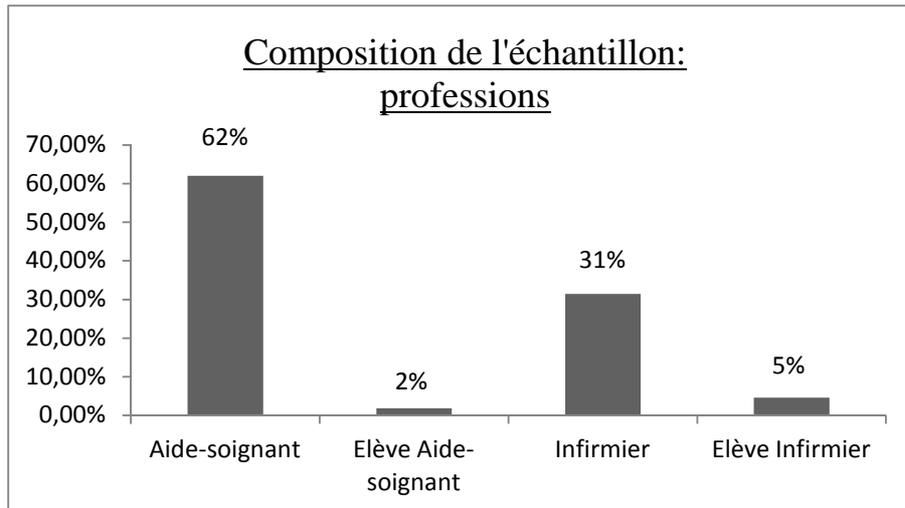
## **2. Composition de l'échantillon**

Nous avons souhaité savoir dans quelles proportions chaque service et chaque profession composait notre échantillon.



**Figure 4** : Composition de l'échantillon : services

Nous remarquons que les services de cardiologie, de neurologie (NNR), de rééducation fonctionnelle (CMPR), et l'hôpital de jour sont représentés en proportions limitées dans l'échantillon. Cela vient des effectifs moins élevés dans ces services, et du faible taux de participation en cardiologie. Ce faible taux de participation en cardiologie peut s'expliquer en partie par le changement de cadre de santé entre la diffusion et la réception des questionnaires (remplacement), et en partie car les troubles de la déglutition ne sont pas les plus présents dans ce service.

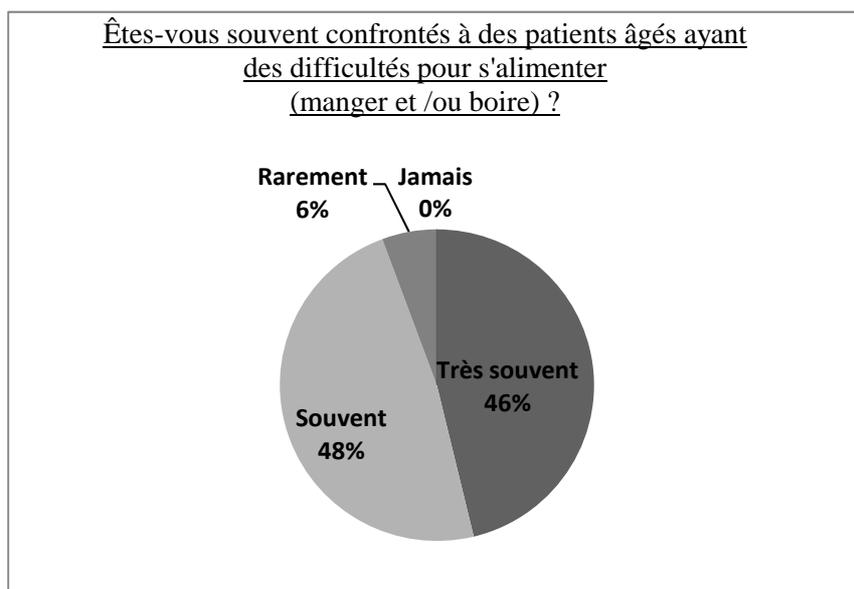


**Figure 5 :** Composition de l'échantillon : professions

Les aides-soignants sont représentés en majorité dans l'échantillon (62%), les infirmiers comptent pour 31% des participants. Le directeur des soins de l'hôpital avait souhaité que le questionnaire soit proposé aux élèves en stage dans les services concernés. Les élèves infirmiers peuvent travailler dès la fin de leur première année d'études en tant qu'aides-soignants, ils sont légitimes pour répondre au questionnaire. Nous remarquons cependant que les élèves sont peu nombreux à avoir répondu.

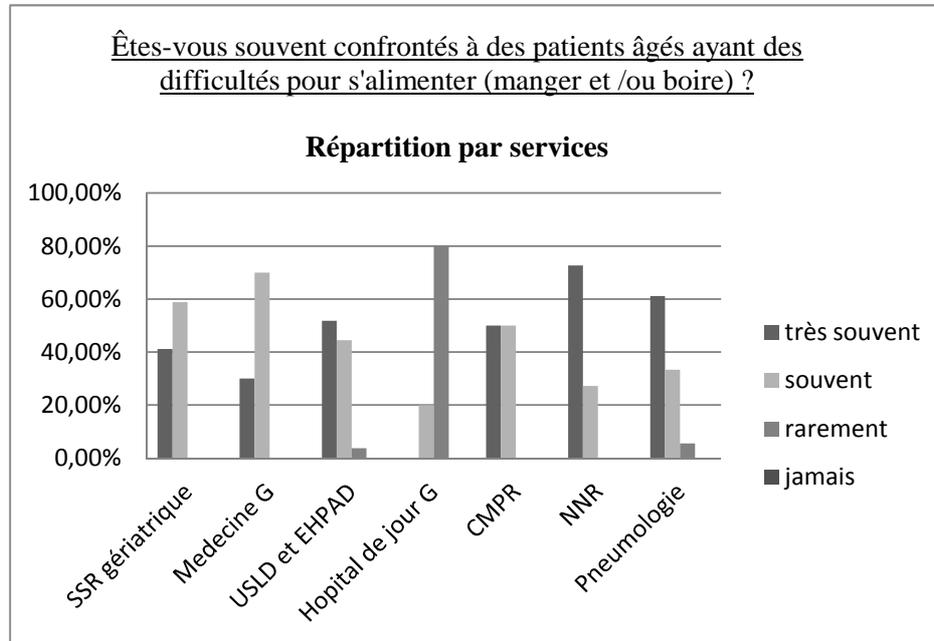
### **3. Le rapport des soignants aux troubles de la déglutition**

#### ***3.1. Fréquence perçue des troubles :***



**Figure 6 :** Fréquence perçue des troubles

Les troubles de la déglutition ne sont pas inconnus des soignants, en effet, 94% estiment y être confrontés très souvent ou souvent. La fréquence perçue des troubles de la déglutition chez la personne âgée varie selon les services :



**Figure 7 : Fréquence perçue des troubles, par service**

Ces troubles sont perçus comme très fréquents particulièrement en Neurologie (NNR) et en Pneumologie, services accueillants des personnes victimes d'AVC ou d'infections respiratoires.

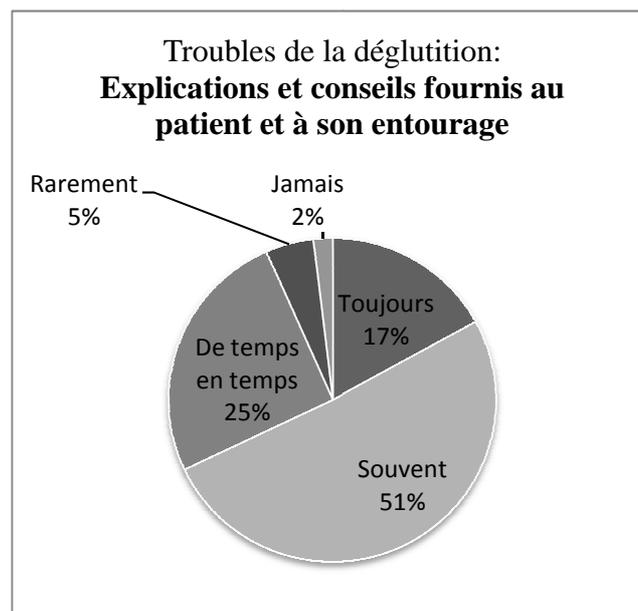
Les troubles sont moins présents en hôpital de jour gériatrique : celui-ci accueille sur un ou plusieurs jours par semaine des patients atteints de démences type Alzheimer qui sont en bon état général et assez autonomes pour les activités de la vie quotidienne.

Notons qu'une différence significative dans les réponses selon les services, n'a pas été observée pour les autres questions du questionnaire.

### 3.2. Définition des troubles de la déglutition :

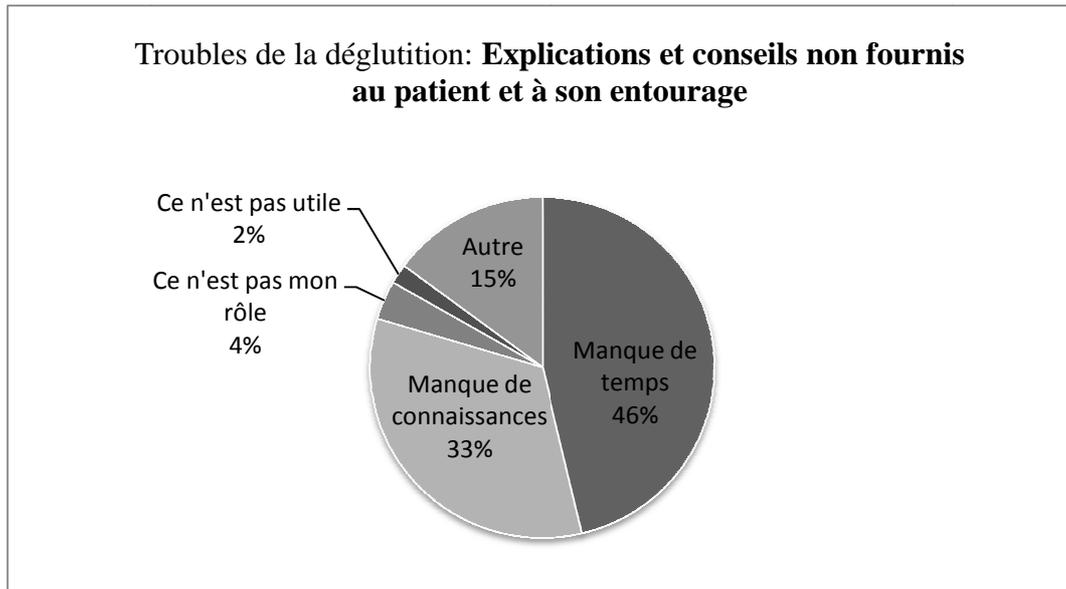
La majorité des soignants définissent les troubles de la déglutition comme une difficulté à avaler (78 %). Parmi eux, 49 % précisent une difficulté à avaler les aliments, 37 % une difficulté à avaler les boissons et 2 % mentionnent des difficultés possibles pour avaler la salive. Le mécanisme de fausse route est décrit ou cité par 38 % des soignants. Les perturbations du temps oral (difficulté à mâcher les aliments, stagnation des aliments en bouche) sont exprimées seulement par 6 % des soignants. Pourtant, plus loin dans le questionnaire, les difficultés de mastication seront citées à 40 % pour expliquer des difficultés à avaler des solides. 4 % des soignants ont souhaité expliquer les troubles de la déglutition en nommant ce qui peut causer des troubles.

### 3.3. Besoins et attentes explicites d'informations :



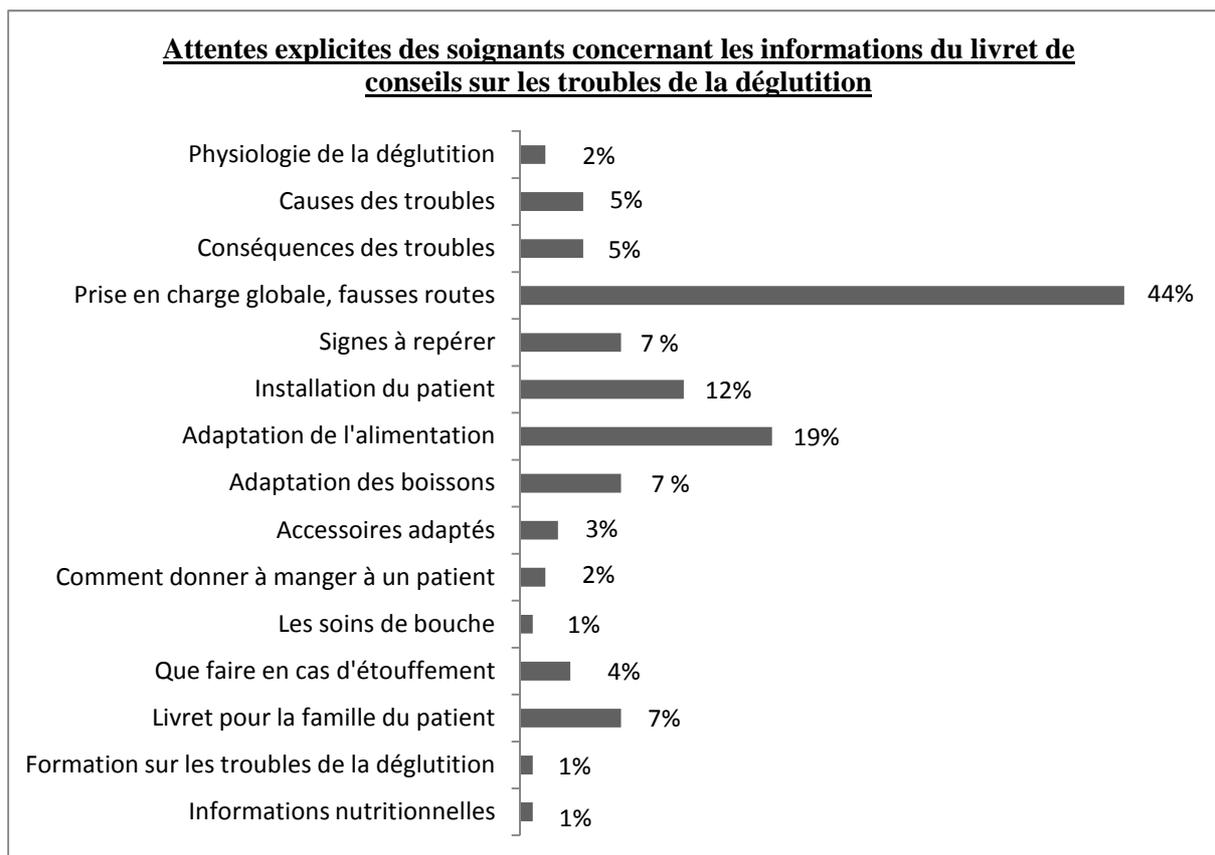
**Figure 8 :** Fréquence des conseils fournis au patient et à l'entourage

Les soignants affirment donner des informations la plupart du temps au patient et à son entourage : 68 % en donnent toujours ou souvent. Il faudra analyser dans les questions suivantes si les informations données sont de bonne qualité.



**Figure 9 : Raisons de la non-information des patients et de leur entourage**

Le manque de temps est la première explication citée pour expliquer l'absence d'informations données au patient et à son entourage. 33% des soignants qui n'en donnent pas souvent pointent un manque de connaissances dans le domaine : un livret d'information pourrait donc, s'il est correctement ciblé, leur en apporter. Il faut noter que les soignants se sentent concernés par les difficultés de déglutition, ils ne sont que 2 sur 108 à estimer que ce n'est pas leur rôle de donner de telles informations, et une seule personne estime que cela n'est pas utile. 15 % des soignants qui ne donnent pas souvent d'informations, ayant coché la case « autre réponse », soulignent le fait que le patient n'est pas toujours en capacité de comprendre les informations données, et/ou que la famille est peu présente ou peu coopérative.

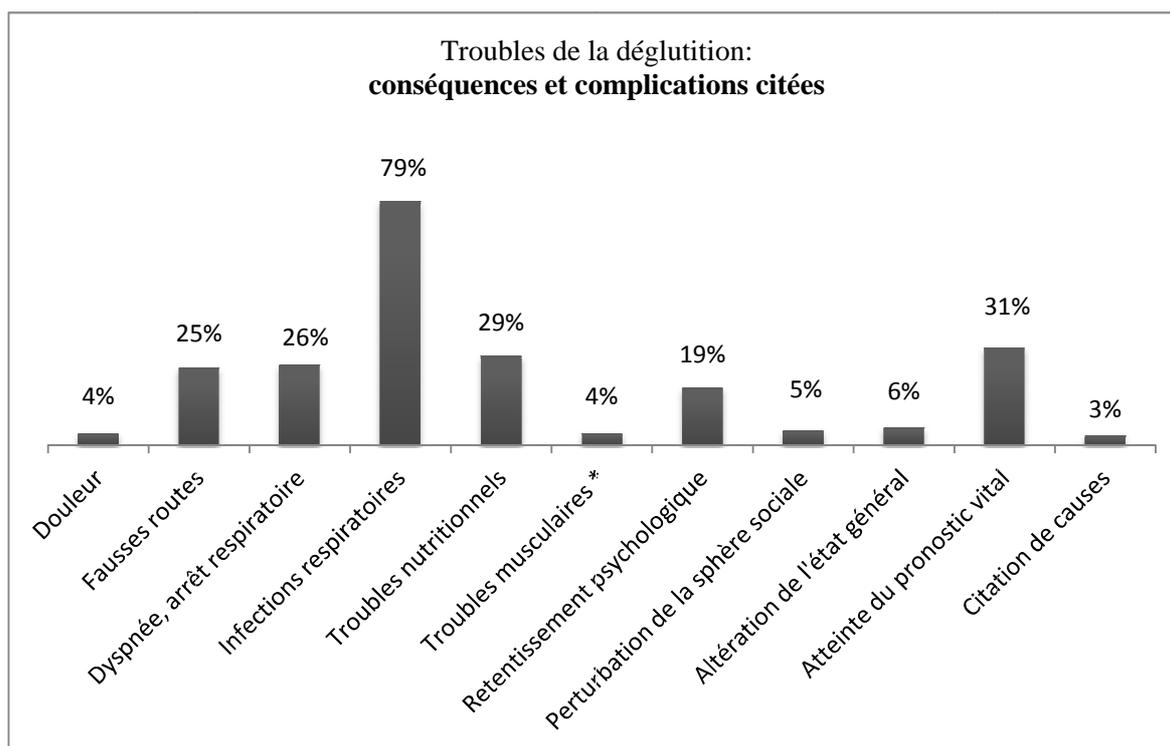


**Figure 10 : Attentes des soignants**

Nous avons demandé aux soignants de nous préciser quelles informations ils souhaiteraient voir figurer dans le livret de conseils. La majorité des soignants ayant répondu à cette question sont restés dans une demande globale : ils ont cité la prise en charge des troubles de la déglutition sans détailler davantage, ainsi que les moyens de lutter contre les fausses routes, à 44 %. Les demandes plus précises citées ensuite sont des demandes d'informations concernant : l'adaptation de l'alimentation, soit pour une reprise alimentaire, soit pour accompagner des patients en perte d'autonomie (19%), l'installation du patient et la position la plus adaptée pour manger (12%), l'adaptation des boissons en particulier (7%) et les signes évocateurs d'un trouble de la déglutition (7%). Une partie des soignants (7%) souhaite également un support d'information pour les familles. Enfin, 4% des soignants ont demandé quelle était la conduite à tenir en cas d'étouffement d'un patient suite à une fausse route alimentaire : il nous paraît étonnant qu'ils ne possèdent pas déjà cette information.

Les soignants souhaitent donc recevoir des informations concrètes et pratiques, pour pouvoir repérer un trouble de la déglutition, éviter les fausses routes, et mettre en place et comprendre le fonctionnement des aménagements prescrits. Les informations théoriques telles que la physiologie de la déglutition, les causes et conséquences des troubles, sont moins demandées.

#### 4. Connaissance des conséquences possibles d'un trouble de la déglutition



\* troubles secondaires liés à la dénutrition

**Figure 11 : Complications des troubles de la déglutition, selon les soignants**

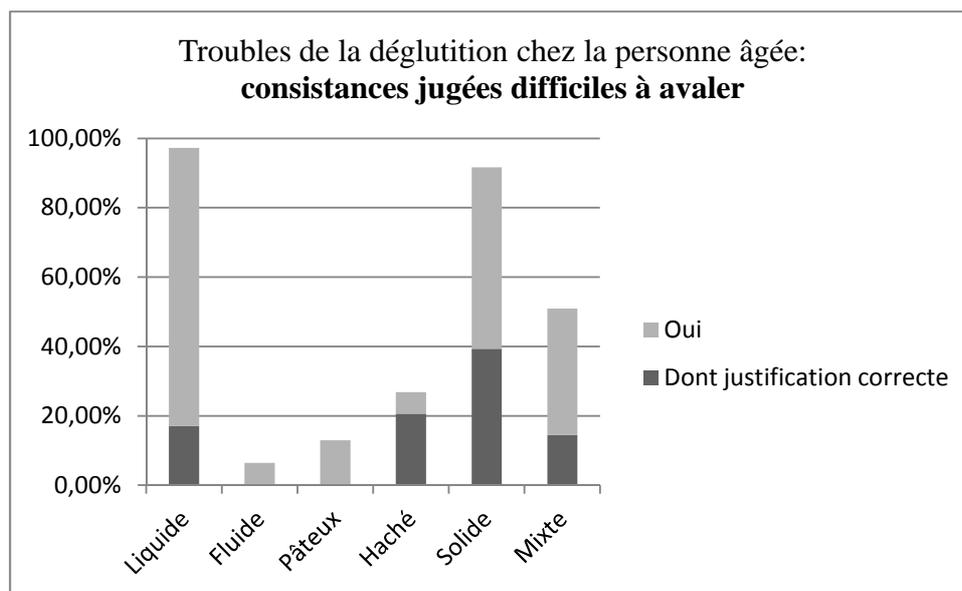
Nous souhaitons savoir si les soignants mesuraient l'enjeu d'une prise en charge des troubles de la déglutition et l'utilité des aménagements proposés. Nous leur avons donc posé une question ouverte sur les conséquences et complications possibles de tels troubles.

Les infections respiratoires (bronchite, pneumopathie, encombrement...) sont les seules à être bien identifiées par la majorité des soignants comme conséquence possible de ces troubles, puisqu'elles sont spontanément citées par 79 % d'entre eux.

Les fausses routes, l'étouffement, les troubles nutritionnels, les perturbations psychologiques et émotionnelles, et l'atteinte du pronostic vital sont cités par 20 à 30 % des soignants environ. Il est intéressant de voir que les soignants se sont interrogés sur les répercussions globales de ces troubles : conséquences à court terme et conséquences à long terme, conséquences sur le physique du patient et conséquences sur son mental...

Seulement 5 % des soignants ont évoqué le retentissement des troubles sur la sphère sociale : isolement social, perte d'autonomie, perte des repères et habitudes. Cela est à mettre en relation avec le fait qu'à l'hôpital, les soignants peuvent difficilement apprécier les habitudes sociales de leurs patients : ils ne peuvent pas remarquer un arrêt des repas de famille et des sorties au restaurant, une réduction des activités physiques et sociales...

## 5. Adaptation des consistances et des textures



**Figure 12 :** Consistances jugées difficiles à avaler

Les pourcentages correspondant au « oui » sont calculés sur la base du total de 108 soignants, tandis que les pourcentages des justifications sont établis par rapport au nombre de soignants ayant jugé la consistance difficile.

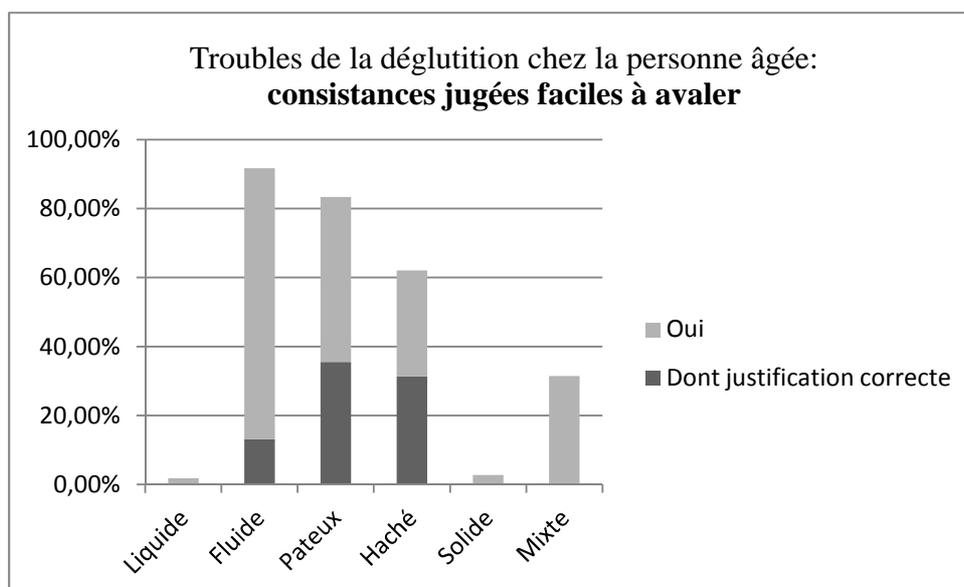
Les soignants sont 97 % à déclarer que les liquides peuvent être difficiles à avaler pour une personne souffrant de troubles de la déglutition, mais seulement 17 % d'entre eux peuvent expliquer pourquoi (descente trop rapide dans le pharynx).

Cet exemple est le plus flagrant, mais dans l'ensemble des réponses aux questions portant sur les consistances, on observe ce phénomène. Les soignants savent certaines choses, mais ils ne les ont pas forcément comprises. On note fréquemment des explications floues, quand on les interroge sur les raisons de la difficulté à avaler certaines consistances : « ça glisse difficilement », « c'est plus dur à avaler », « c'est trop liquide / solide », « il n'y a pas besoin de déglutir pour avaler »...

92 % des soignants citent les aliments solides comme étant difficiles à avaler, mais seulement 39 % d'entre eux expliquent cette difficulté : ils citent le manque de dents ou les difficultés de mastication. Nous nous demandons si les autres soignants n'ont pas réussi à expliquer cela ou simplement s'ils ont oublié de le noter.

Seulement 51 % des soignants ont jugé la consistance mixte difficile à avaler, alors que les mélanges de consistances sont particulièrement difficiles à gérer en bouche et lors de la propulsion du bolus, et que les risques de fausse route sont importants.

La consistance hachée, est jugée difficile par 27 % des soignants. Les difficultés évoquées sont : la gestion des petites particules (grains de riz, semoule, lentilles..) qui ne sont pas à proprement parler « hachées » mais qui font partie du régime « mouliné » de l'hôpital, avec la viande hachée, et la difficulté à propulser un bolus sec, en cas de manque de salive.



**Figure 13 : Consistances jugées faciles à avaler**

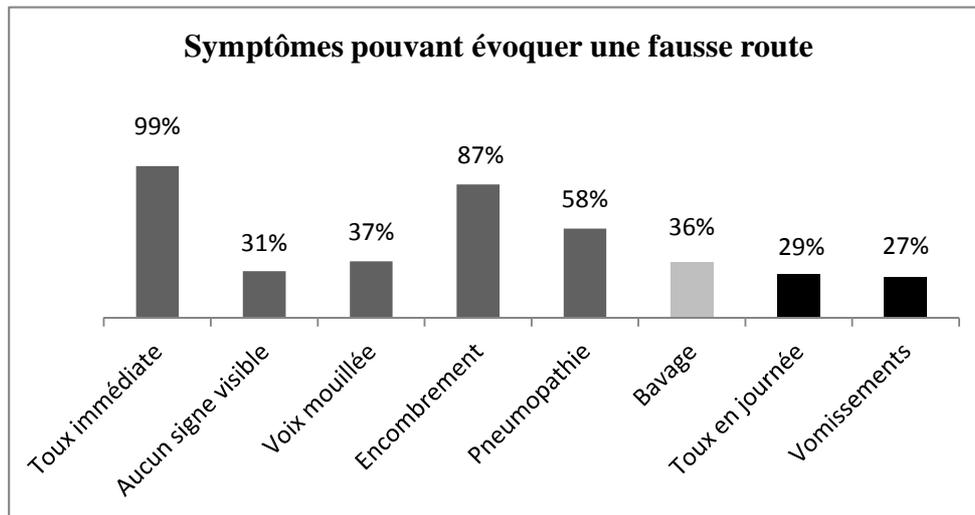
**Les pourcentages correspondant au « oui » sont calculés sur la base du total de 108 soignants, tandis que les pourcentages des justifications sont établis par rapport au nombre de soignants ayant jugé la consistance difficile.**

Sans surprise, les consistances jugées les plus faciles à avaler sont les consistances fluide, pâteuse et hachée, en raison de leur descente plus lente que les liquides dans le pharynx, et en raison de l'absence ou du faible effort de mastication qu'elles demandent.

La consistance mixte est jugée facile à avaler par 30 % des soignants. Cela peut expliquer que nous voyons des soignants épaissir consciencieusement l'eau avec de la poudre, et « épaissir » le café avec des biscottes, pensant bien faire et ne se rendant pas compte qu'ils créent un bolus difficile à avaler.

## 6. Gestion des fausses routes aux liquides

- Repérage des fausses routes



**Figure 14 : Signes de fausse route**

Nous avons souhaité savoir sur quels signes les soignants s'appuient pour suspecter une fausse route. Le signe le plus associé aux fausses routes est la toux, citée par 99% des soignants. Une fausse route peut effectivement déclencher une toux réflexe, mais ce n'est pas toujours le cas. Nous rappelons que le patient peut aussi faire des fausses routes silencieuses (sans réflexe de toux), et il peut aussi tousser pour une autre raison.

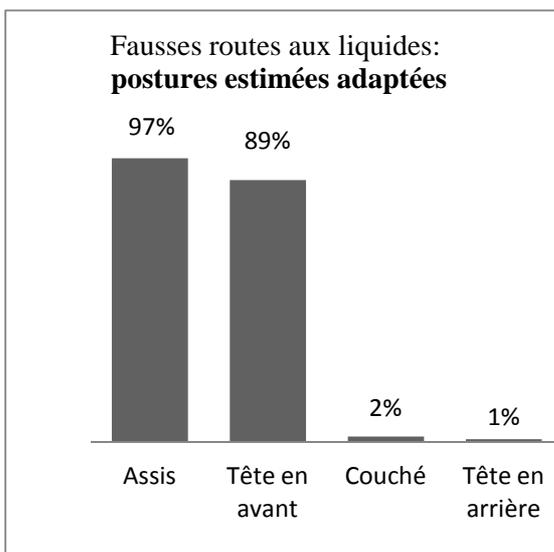
Les soignants sont seulement 31 % à savoir qu'une fausse route peut se produire sans signes extérieurs visibles.

L'encombrement bronchique et la pneumopathie d'inhalation peuvent être des complications de fausses routes à répétition, les soignants les considèrent comme potentiels signes de tels troubles à 87 et 58 %.

Le bavage, la toux en journée et les vomissements ne sont pas des signes révélateurs de fausses routes. 30 % des soignants citent pourtant chacun de ces troubles comme signe évocateur.

Il nous apparaît donc pertinent d'informer les soignants sur le fonctionnement et le repérage des fausses routes, d'autant plus que cela fait partie des demandes formulées explicitement.

- Conduite à tenir

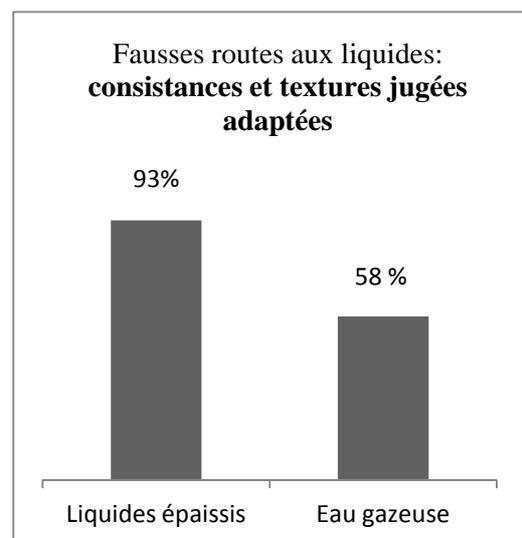


Les installations et postures de sécurité sont globalement bien connues des soignants, la plupart préconisent une position assise et une flexion antérieure de la tête, pour éviter les fausses routes aux liquides.

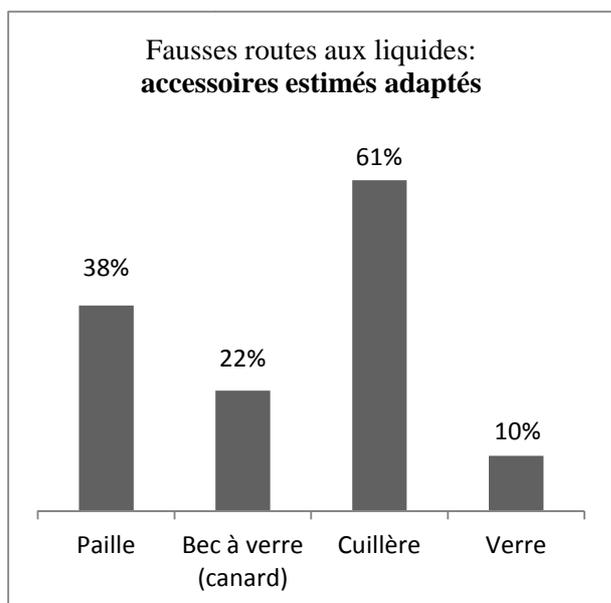
**Figure 15 : Postures**

Les soignants sont environ 90 % à estimer, à juste titre, qu'épaissir les liquides diminue le risque de fausses routes. Cela est cohérent avec la proportion de soignants ayant jugé les liquides difficiles à avaler correctement (97 %).

58 % des soignants déclarent que l'eau gazeuse permet d'éviter les fausses routes aux liquides. Nous ne pouvons pas affirmer que tous ces soignants savent cependant que l'eau gazeuse n'est pas toujours suffisante.



**Figure 16 : Consistances et textures**



Les connaissances des soignants concernant les accessoires adaptés sont moins bonnes :

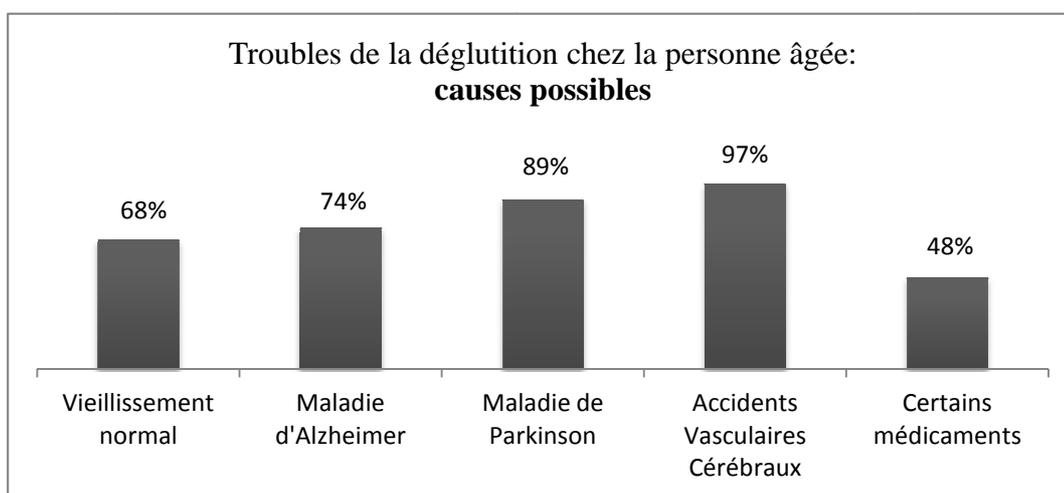
22 % d'entre eux jugent le verre à bec comme adapté en cas de fausses routes aux liquides, alors que ce verre induit une extension de la tête et par là même des fausses routes. De même, la paille, citée par 38 % des soignants, n'est pas toujours l'accessoire le plus adapté.

**Figure 17 : Accessoires**

La cuillère, qui permet de contrôler le volume des bolus et ne demande pas d'extension de tête, est citée par seulement 61 % des soignants.

Les soignants possèdent certaines connaissances concernant la conduite à tenir en cas de fausses routes aux liquides. Il faudra affiner et compléter ces connaissances, et surtout les expliquer. En effet, par exemple, les soignants savent en majorité qu'il vaut mieux épaissir les liquides, mais ne peuvent pas expliquer pourquoi il faut le faire, et donc ils ont peut être du mal à cerner l'utilité de cette mesure.

## **7. Causes possibles des troubles de la déglutition**

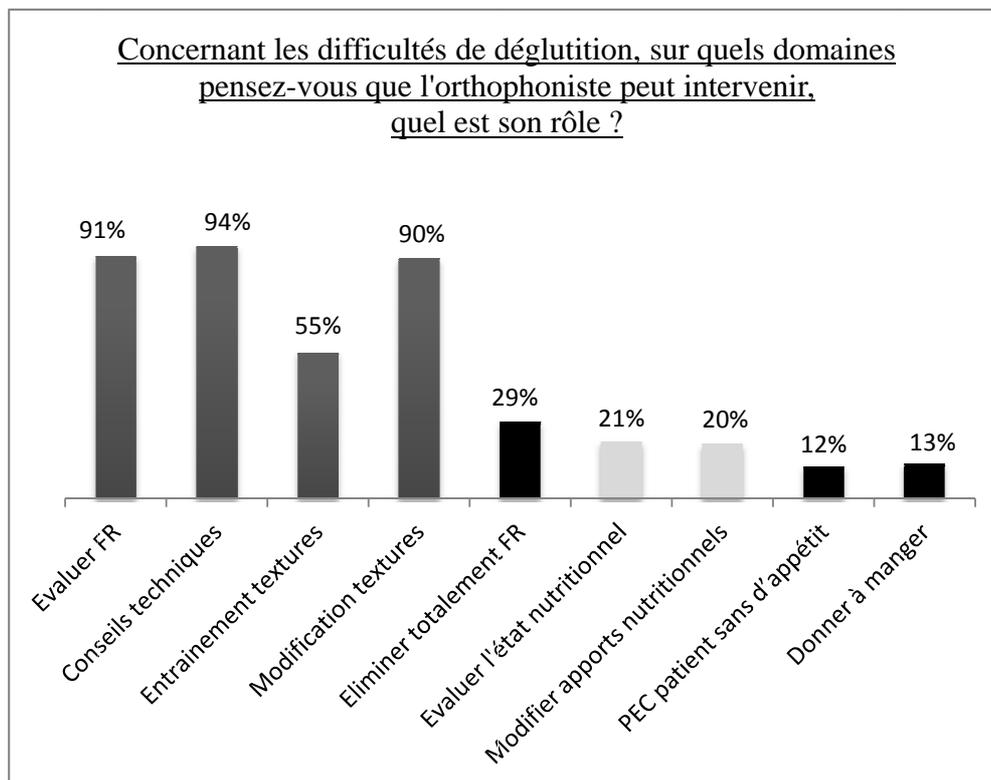


**Figure 18 : Causes des troubles**

Nous avons proposé aux soignants plusieurs causes des troubles de la déglutition, en question à choix multiple. Les accidents vasculaires cérébraux, la maladie de Parkinson, et la maladie d'Alzheimer entraînent fréquemment des troubles de la déglutition. Les soignants en ont une bonne connaissance, puisqu'ils sont plus de 70 % à citer chacune de ces pathologies. Le rôle de certains médicaments néfastes pour la déglutition est connu ou supposé par 48 % des soignants seulement.

Nous avons vu que le vieillissement normal altère les structures et les fonctions nécessaires à la déglutition, mais selon plusieurs auteurs, il ne justifie pas à lui seul la présence de troubles, contrairement à ce que pensent 68 % des soignants.

## 8. Connaissance du rôle de l'orthophoniste



**Figure 19 : Rôle de l'orthophoniste**

Evaluer FR : Evaluer le risque de fausses routes.

Conseils techniques : Donnez des conseils sur les techniques qui permettent de mieux avaler.

Entraînement textures : Entraîner un patient à avaler des textures plus difficiles que son régime actuel.

Modification textures : Proposer une modification de l'alimentation du patient concernant la consistance et les textures de ce qu'il mange.

Eliminer totalement FR : Eliminer totalement le risque de fausses routes

Modifier apports nutritionnels : Proposer une modification de l'alimentation du patient concernant les apports nutritionnels (régime sans sucre, régime hypercalorique...)

PEC patient sans appétit : Prendre en charge un patient qui n'a plus d'appétit

Donner à manger : Faire manger un patient qui ne peut pas manger seul

Les missions de l'orthophoniste sont relativement bien connues : environ 90 % des soignants citent l'évaluation du risque de fausses routes, l'information sur les conseils techniques pour mieux avaler, et l'indication des consistances et textures adaptées au patient.

Seulement 55 % des soignants citent l'entraînement à avaler des textures plus difficiles. Cela peut s'expliquer par le fait que les orthophonistes du centre hospitalier, limitées par le temps et tenant compte des difficultés des personnes âgées, orientent davantage leurs bilans de déglutition vers des conseils et des aménagements que vers une rééducation spécifique.

Les soignants attendent parfois de l'orthophoniste que celle-ci élimine totalement le risque de fausses routes, ce qui n'est pas possible ; l'orthophoniste aide à réduire les risques. Cette attente excessive, perçue au contact direct des soignants se retrouve dans le questionnaire pour 29 % d'entre eux.

Certaines missions du diététicien : évaluer l'état nutritionnel et modifier les apports nutritionnels du patient, sont attribuées aux orthophonistes par 20 % environ des soignants pour chaque mission.

Prendre en charge un patient dépressif qui n'a plus d'appétit, ou donner à manger à un patient qui ne peut pas manger seul ne relèvent pas de l'orthophonie, contrairement à ce que pensent respectivement 12 % et 13 % des soignants.

Le rôle de l'orthophoniste mais aussi des autres professionnels intervenant sur la déglutition et l'alimentation est donc à préciser.

#### **IV. Elaboration du support d'information**

Nous avons élaboré notre livret de conseils en prenant en compte les informations apportées par l'analyse des questionnaires ; notamment le manque de connaissances des soignants sur le fonctionnement des aménagements prescrits et leur demande d'informations pratiques et concrètes.

Nous avons choisi d'expliquer comment fonctionnent les aménagements prescrits, au lieu de simplement les nommer : nous pensons en effet que les soignants n'appliquent pas toujours les conseils prescrits par l'orthophoniste, car ils ne comprennent pas comment fonctionnent les aménagements et donc ne perçoivent pas toujours leur utilité et leur importance. L'analyse des questionnaires a montré que les soignants savent assez bien ce qu'il faut faire, mais ne peuvent pas expliquer pourquoi.

##### **1. Objectifs et contenu du livret**

| <b>Page</b> | <b>Informations</b>  | <b>Objectifs</b>   |
|-------------|--|--|
| 1           | Prévalence des troubles de la déglutition chez la personne âgée<br><br>Complications fréquentes<br><br>Causes fréquentes | Faire mesurer davantage aux soignants l'importance des troubles de la déglutition chez la personne âgée, et l'enjeu de la prise en charge.<br><br>Ne pas trop insister sur les connaissances théoriques, ce n'est pas la principale demande des soignants. |
| 2           | Description des troubles de la déglutition   | Définir les troubles de la déglutition durant les 3 phases.<br><br>Affiner la définition donnée par les soignants qui est « une difficulté à avaler ».   |
| 3           | Signes à repérer pour dépister des troubles de la déglutition  | Améliorer les connaissances des soignants, notamment sur les signes évocateurs de fausse route.<br><br>Donner aux soignants des signes précis pour qu'ils  |

|         |   |  |
|---------|---|--|
|         |   | puissent mieux dépister les patients souffrant de troubles de la déglutition et qu'ils puissent les orienter vers les orthophonistes.  |
| 4 à 7   | <p><u>Réduire les risques de fausses routes :</u></p> <p>Conseils sur le déroulement du repas, l'installation et la posture, les ustensiles adaptés.</p>  | <p>Affiner les connaissances des soignants.</p> <p>Répondre à leurs demandes précises d'informations.</p> <p>Expliquer comment fonctionnent les aménagements couramment prescrits, pour que les soignants en perçoivent l'intérêt.</p>   |
| 8       | Conseils pour donner à manger à un patient.   | Donner des conseils techniques pour une situation qui est couramment rencontrée dans les services du Pôle Gériatrie.   |
| 9 à 11  | <p><u>Adaptation de l'alimentation :</u></p> <p>Description des aliments à éviter en fonction des difficultés du patient.</p> <p>Adaptation avec les régimes proposés par le CHER, sens de progression général des adaptations.</p> | <p>Permettre aux soignants de mieux comprendre pourquoi certaines consistances ou textures sont plus difficiles à avaler.</p> <p>Répondre aux demandes d'informations concernant les aliments à éviter et concernant la progression des adaptations dans le cas d'une reprise alimentaire ou d'une dégénérescence.</p>   |
| 12 à 13 | <p><u>Les liquides :</u></p> <p>Explications concernant l'intérêt de l'épaississement des liquides.</p> <p>Informations concrètes sur l'utilisation de la poudre épaississante et les consistances recherchées.</p>                 | <p>Faire mesurer aux soignants l'importance de l'épaississement des liquides lorsqu'il est prescrit.</p> <p>Aider les soignants à mieux utiliser l'épaississant : difficultés d'utilisation observées en stage et évoquées par les soignants.</p> <p>Utiliser des termes et des références communs pour décrire les trois consistances d'épaississement préconisées.</p> |

|    |   |  |
|----|---|--|
| 14 | Rôle des professionnels paramédicaux du CHER à propos des troubles de la déglutition. | Permettre aux soignants de mieux orienter leurs demandes de prise en charge.<br><br>Diminuer la confusion entre les rôles d'orthophoniste et de diététicien. |
| 15 | Rappel sur la conduite à tenir en cas de fausse route.                                | Répondre aux demandes formulées par les soignants.   |

## **2. Forme du livret**

Le document produit se présente sous la forme d'un livret A5 en couleurs, de 16 pages. Nous avons cherché à écrire les informations qui nous semblaient pertinentes, sans décourager les soignants par trop de lecture.

Le livret a été conçu comme un document auxquels les soignants peuvent se référer en cas de besoin. Les différentes parties du livret sont pensées comme indépendantes : le soignant ne doit pas avoir besoin de relire tout le livret pour en comprendre une partie.

Le livret est disponible dans les annexes.

## **3. Test du livret et modifications avant diffusion**

### ***3.1. Retours des services ayant participé au questionnaire :***

Nous sommes allés présenter le livret produit aux cadres de santé ayant été sollicités pour diffuser le questionnaire. Nous leur avons demandé de recueillir les remarques de leurs équipes à propos du livret, ou de nous donner les leurs, afin d'améliorer le livret avant sa diffusion en plus grand nombre.

Certains services sont restés dans des appréciations très générales : le livret est clair et n'a pas suscité de remarques particulières : Médecine Gériatrique, Cardiologie, Pneumologie, NNR et SSR Gériatrique.

« Très, très, très bien. Les agents du SSR à l'unanimité ont lu avec intérêt votre travail. Livret exhaustif et agréable à consulter », a écrit la cadre de santé du service SSR Gériatrique.

Les cadres de santé des services USLD, EHPAD et CMPR, nous ont fait part de remarques plus détaillées, qui nous ont amené à modifier le livret : nous avons amélioré la mise en page et reformulé certaines phrases, les pages 12 et 13 ont été totalement réaménagées. La page 12 comportait des explications sur la difficulté ou non d'avaler différentes consistances (solides, liquides, mous, mélanges), et la page 13 comportait un tableau reprenant les catégories d'aliments à éviter, en fonction des troubles du patient. Nous avons reformulé et présenté différemment ces 2 pages pour plus de clarté. Un cadre de santé aurait préféré une plaquette (dépliant de 3 pages) à un livret, elle serait plus courte, et donc sans doute lue par plus de monde.

L'équipe de service de l'hôpital de jour gériatrique nous a invités à sa réunion d'équipe hebdomadaire, pour que nous puissions discuter du livret. Les retours ont été très positifs : « le livret est clair, aéré, on a envie de le lire », « on a appris des choses ». Nous avons ensuite échangé sur des points précis du livret, les soignants étaient très intéressés.

Actuellement, les verres à encoche nasale ne sont présents que dans le service NNR. Plusieurs services nous ont fait remarquer que ces verres seraient très pratiques, et souhaitent s'en procurer.

### **3.2. *Autres retours :***

Nous avons rencontré d'autres professionnels du centre hospitalier, afin de recueillir leurs avis sur le livret : les diététiciens, les masseurs-kinésithérapeutes, les cadres responsables de pôle (Médecine et Gériatrie), la cadre du CMPR encadrant les professionnels paramédicaux, et le directeur des soins.

Suite à ces échanges, nous avons apporté quelques modifications supplémentaires au livret. Les diététiciens ont notamment préféré que nous parlions d' « alimentation » normale,

moulinée ou mixée, plutôt que de « régime », pour pouvoir bien différencier les adaptations de textures des régimes nutritionnels (régime sans sel, sans sucre...).

### ***3.3. Expérience de la pluridisciplinarité :***

Ces échanges autour du livret m'ont permis de vivre une expérience pluridisciplinaire enrichissante. J'ai pu remarquer le regard différent de chaque professionnel : les diététiciens, les masseurs-kinésithérapeutes ou les orthophonistes n'ont pas les mêmes points de vue sur la déglutition. Les services accueillant des patients différents, les cadres de santé n'ont pas trouvé intéressants les mêmes passages du livret d'un service à l'autre. Il a fallu écouter les avis de tout le monde, parfois contradictoires, puis faire une synthèse des remarques émises avant d'améliorer le livret. J'ai pu constater que le travail pluridisciplinaire, essentiel à la bonne prise en charge du patient, est parfois délicat. Les différents professionnels peuvent en effet être amenés à travailler sur des terrains très proches : certains ont l'impression que des compétences propres à leur profession sont investies par d'autres professionnels. Pour travailler ensemble, de façon complémentaire ; il faut donc que chaque professionnel se sente reconnu dans ses compétences, et les rôles de chacun doivent être bien définis.

## **V. Diffusion du livret**

### **1. Diffusion**

Le livret a été distribué à tous les cadres de santé concernés par l'étude sous forme numérique (format PDF). Il est accessible à tous les professionnels du centre hospitalier, via l'outil de gestion documentaire et de gestion des risques Norméa, sur l'intranet du CHER. Il a été imprimé en version papier par le service communication du centre hospitalier, pour une diffusion dans les services.

Les orthophonistes du centre hospitalier ont accès à la version modifiable du livret : elles souhaitent pouvoir le réactualiser au fil du temps.

## **2. Présentation du livret**

Dans le prochain numéro du journal interne au centre hospitalier, *Les échos du CHER*, qui paraîtra au mois de juin, un article présentera le livret et signalera comment se le procurer.

Nous avons discuté de la possibilité de présenter le livret à différentes manifestations, en accord avec les orthophonistes, la cadre diététicienne, la cadre de santé du CMPR et le directeur des soins. Pour celles d'entre elles auxquelles nous ne pourrions pas être présentes personnellement, les orthophonistes du centre hospitalier pourront présenter le livret.

- Juin 2014 : conférence - table ronde lors de la journée des associations, au centre hospitalier. Cette journée biennale, où interviennent les associations menant des actions au CHER, est dédiée cette année à la prévention. L'Association Haute Loire pour la Prévention et l'Information en Orthophonie (AHLPIO) pourrait intervenir sur la prévention des troubles de la déglutition, et diffuser le livret.
- Automne 2014 : journée des pratiques soignantes au CHER. Durant cette journée, qui a lieu une fois par an, les équipes soignantes peuvent présenter un projet ou une prise en charge particulière aux autres soignants du centre hospitalier.
- Automne 2014 : journée régionale des CLANS (comité de liaison alimentation-nutrition) d'Auvergne.

# DISCUSSION

## 1. Objectifs et résultats

L'objectif de notre travail était d'améliorer le dépistage et l'accompagnement des patients dysphagiques âgés au sein du centre hospitalier Emile Roux, suite aux difficultés constatées dans ce domaine.

L'utilisation d'un questionnaire nous a permis de comprendre d'où venaient ces difficultés : les hypothèses émises au début de notre étude quant au manque de connaissances des soignants sont validées : les soignants ont besoin d'informations (hypothèse n°1), ils ont besoin de plus d'explications sur comment réaliser les aménagements (hypothèse n°2), et ils ont besoin de comprendre l'intérêt des aménagements, pourquoi nous leur demandons de les mettre en place et comment ils fonctionnent (hypothèse n°3). L'analyse des résultats a justifié la création d'un support d'information sur les troubles de la déglutition chez la personne âgée. Le livret produit a eu un bon accueil et semble correspondre aux attentes des soignants.

Par manque de temps, nous n'avons pas pu évaluer si la présence de ce livret dans les services modifiait à long terme les comportements des soignants et améliorerait l'accompagnement des patients âgés dysphagiques, mais nous l'espérons. En effet, nous avons pu constater, durant l'ensemble de ce projet, le réel intérêt des soignants pour les troubles de la déglutition, leur envie de comprendre et leur demande d'informations.

## 2. Limites de l'étude

Nous avons constaté que notre étude comporte des limites à différents niveaux :

### 2.1. *Choix de l'étude :*

Nous avons souhaité travailler sur les troubles de la déglutition chez les personnes âgées : en effet, c'est dans cette tranche d'âge de la population que ces troubles sont les plus répandus, et c'est aux personnes âgées que nous avons été le plus confrontés lors de notre stage au centre hospitalier.

Cependant, les personnes âgées ne forment pas un groupe homogène, elles ne présentent pas toutes les mêmes types de troubles. Nous avons pensé orienter notre projet initial sur la seule presbyphagie, mais nous avons dû prendre en compte la prévalence élevée de troubles de la déglutition chez les personnes âgées liés à des pathologies (AVC, démences...). Enfin, des personnes jeunes peuvent également être confrontées aux mêmes difficultés de déglutition que certaines personnes âgées, par exemple dans le cas des AVC.

## **2.2. Population :**

Nous pouvons nous demander si l'échantillon de soignants ayant répondu au questionnaire est représentatif de l'ensemble des services. En effet, les 43 % de soignants ayant rendu volontairement un questionnaire sont peut être davantage intéressés par les troubles de la déglutition que les soignants n'ayant pas souhaité répondre.

## **2.3. Questionnaire :**

Nous avons pu induire certaines réponses, du fait de la formulation des questions, notamment sur les questions avec des réponses à cocher.

Certaines questions ont été mal formulées :

Certains auraient souhaité pouvoir cocher « de temps en temps » lorsqu'on leur a demandé s'ils étaient souvent confrontés à des personnes âgées dysphagiques (question 1). Or, les réponses possibles étaient : Toujours, Souvent, Rarement, Jamais. Ces soignants ont donc coché la case « rarement » mais ont fait part du manque de nuances.

Les questions 5 et 6, sur la difficulté et la facilité d'avaler certaines consistances ont été difficiles à analyser : les explications attendues varient en fonction des consistances.

#### **2.4. Analyse des résultats :**

Nous avons dû synthétiser les réponses des soignants pour analyser les réponses aux questions ouvertes : nous avons regroupé les réponses des soignants dans différentes catégories, et nous avons donc perdu en précision.

Les soignants ont répondu à toutes les questions avec des réponses à cocher, mais les questions ouvertes sont parfois restées sans réponse : il n'est pas possible de déterminer dans quelle proportion cette absence de réponse traduit un manque de connaissances sur le sujet et dans quelle proportion elle traduit un manque de motivation pour écrire.

#### **2.5. Support d'information :**

La lecture intégrale du livret demande un peu de temps aux soignants, ce qui peut les décourager au premier abord. En effet, 23 % des soignants ont pointé le manque de temps dans le questionnaire, pour expliquer leur absence d'explications au patient et à son entourage sur les troubles.

Le choix d'un livret en couleurs, plus agréable à lire, peut être un frein à sa diffusion : le coût d'impression est plus élevé que pour un support en noir et blanc.

#### **2.6. Objectifs de l'étude :**

Nous n'avons pas pu évaluer si la diffusion du livret d'information améliorerait sur le long terme le dépistage et l'accompagnement des patients âgés ayant des troubles de déglutition.

Nous souhaitons améliorer le dépistage des troubles de la déglutition chez les personnes âgées : cependant, les orthophonistes travaillant au centre hospitalier ont déjà un emploi du temps chargé, prendre en charge un nombre important de patients dysphagiques supplémentaires sera un défi à relever. Nous pouvons tout de même espérer que grâce au livret, les demandes de bilan seront mieux ciblées.

### **3. Apports de cette étude et perspectives**

#### ***3.1. Poursuites éventuelles de l'étude :***

Il serait intéressant d'évaluer à long terme les modifications des comportements des soignants dans le dépistage, l'orientation et l'accompagnement des personnes âgées ayant des troubles de la déglutition, suite à la diffusion du livret dans le centre hospitalier.

Le livret créé pourrait être décliné en différentes versions :

Certains soignants ont exprimé le désir d'avoir une version du livret adaptée aux patients et à leur entourage, une version adaptée aux structures d'hébergement des personnes âgées ou encore une version plus spécialisée sur les troubles de déglutition liés à une cause particulière (par exemple, les AVC).

#### ***3.2. Apports professionnels :***

Ce travail nous a permis d'échanger avec d'autres professionnels du centre hospitalier. Il nous a convaincu de l'intérêt du partage de connaissances et du travail multidisciplinaire. Cela est essentiel pour avoir une cohésion et une cohérence entre professionnels, face aux patients.

Nous avons remarqué dans cette étude que les soignants appliquent mieux les consignes données lorsqu'ils comprennent le fonctionnement des aménagements prescrits. Nous pourrions faire l'hypothèse qu'il en est de même pour les patients.

Expliquer concrètement l'intérêt, les objectifs et les moyens de la prise en charge orthophonique aux équipes soignantes et aux patients, sans les noyer dans des détails superflus, nous paraît important pour l'efficacité des prises en charge.

Prendre en charge les troubles de la déglutition relève des compétences des orthophonistes : pourtant ceux-ci sont encore nombreux à refuser les patients dysphagiques, car ils ne se sentent pas compétents pour cela.

Nous espérons modestement que notre étude, ainsi que toutes celles portant sur le sujet, contribueront à attirer davantage l'attention des orthophonistes sur ces troubles, et leur donneront envie de se former et de prendre en charge ces patients.

## CONCLUSION

La prévalence des troubles de la déglutition est non négligeable chez les personnes âgées en situation de fragilité. Pourtant ces troubles sont souvent mal connus. Nous avons pu constater, qu'au centre hospitalier Emile Roux comme ailleurs, les soignants étaient en difficulté pour dépister et accompagner ces patients. Nous avons cherché à comprendre d'où venaient ces difficultés grâce à notre expérience de stage et à un questionnaire. L'analyse des résultats, conformément à nos hypothèses de départ, a révélé un manque de connaissances chez les soignants du CHER. Nous avons donc élaboré un livret de conseils et d'informations adapté aux besoins et attentes des soignants, et reprenant les régimes alimentaires spécifiques au centre hospitalier. Ce livret a été diffusé en version numérique et papier dans les services concernés, et sera présenté lors de journées d'échanges entre professionnels hospitaliers. Nous espérons que ce livret, complémentaire aux interventions des orthophonistes du centre hospitalier, permettra aux soignants de mieux dépister et accompagner les patients âgés souffrants de troubles de la déglutition. Cette amélioration pourrait être objectivée par une étude ultérieure. Le livret pourrait également être adapté et diffusé aux patients et à leur entourage, ou aux structures d'hébergement de personnes âgées.

## BIBLIOGRAPHIE

1. Auzou, P. (2007). Anatomie et physiologie de la déglutition normale. *Kinésithérapie, la Revue*, 7, 14-18.
2. Bejot, Y., Caillier, M., Rouaud, O., Benatru, I., Maugras, C., Osseby, G.-V., & Giroud, M. (2007). Épidémiologie des accidents vasculaires cérébraux: Impacts sur la décision thérapeutique. *La Presse Médicale*, 36, 117-127.
3. Brookmeyer, R., Evans, D. A., Hebert, L., Langa, K. M., Heeringa, S. G., Plassman, B. L., & Kukull, W. A. (2011). National estimates of the prevalence of Alzheimer's disease in the United States. *Alzheimer's & Dementia*, 7, 61-73.
4. Capet, C., Delaunay, O., Idrissi, F., Landrin, I., & Kadri, N. (2007). Troubles de la déglutition de la personne âgée : bien connaître les facteurs de risque pour une prise en charge précoce. *NPG Neurologie - Psychiatrie - Gériatrie*, 7, 15-23.
5. Carrère, N., & Pradère, B. (2004). Diverticules de l'œsophage. *Journal de Chirurgie*, 141, 85-92.
6. Dall'Osto, H., Simard, M., Delmont, N., Mann, G., Hermitte, M., Cabrit, R., & Théodore, C. (2005). Nutrition parentérale : indications, modalités et complications. *EMC - Hépatogastroentérologie*, 2, 223-248.
7. Defebvre, L. (2007). La maladie de Parkinson et les syndromes parkinsoniens apparentés. *Médecine Nucléaire*, 31, 304-313.

8. Desport, J.-C., Jésus, P., Fayemendy, P., De Rouvray, C., & Salle, J.-Y. (2011). Évaluation et prise en charge des troubles de la déglutition. *Nutrition Clinique et Métabolisme*, 25, 247-254.
9. Dupuy, M.-C., & Saulnier, J. (1999). *Plaisirs de la table retrouvés*. Paris: J.-P. Taillandier.
10. Forster, A., Samaras, N., Notaridis, G., Morel, P., Hua-Stolz, J., & Samaras, D. (2013). Évaluation et dépistage des troubles de la déglutition en gériatrie. *NPG Neurologie - Psychiatrie - Gériatrie*, 13, 107-116.
11. Hébuterne, X., & Rampal, P. (1996). La nutrition entérale du sujet âgé. *Nutrition Clinique et Métabolisme*, 10, 19-29.
12. Heyte, M., Guyot, MA., Courleaux, C., Gérardin, M., Lefon, M. (2013). *La déglutition un geste essentiel : Livret d'information aux patients myopathes et à leur entourage*. Reims : Centre de référence des maladies neuromusculaires adultes de Reims.
13. Kopf, I. (2001). *Les troubles de la déglutition chez l'adulte: élaboration de fiches d'information destinées aux familles*. Université Henri Poincaré, Nancy I, Nancy.
14. Lacau St Guily, J., Périé, S., Bruel, M., Roubeau, B., Susini, B., & Gaillard, C. (2005). Troubles de la déglutition de l'adulte. Prise en charge diagnostique et thérapeutique. *EMC - Oto-rhino-laryngologie*, 2, 1-25.
15. Lacroix, C. (2011). Soins palliatifs gériatriques : comment évaluer les besoins et décider des moyens de la prise en charge nutritionnelle. *Médecine Palliative : Soins de Support - Accompagnement - Éthique*, 10, 251-256.

16. Laurent, M., Gogly, B., Tahmasebi, F., & Paillaud, E. (2011). Les candidoses oropharyngées des personnes âgées. *Gériatrie et Psychologie Neuropsychiatrie du Vieillissement*, 9, 21-28.
17. Lescut, D. (2007). Aspects pratiques de la nutrition parentérale à domicile. *Nutrition Clinique et Métabolisme*, 21, 33-37.
18. Levard, H., Blain, A., & Gayet, B. (2005). Diverticules de l'œsophage. *EMC - Pneumologie*, 2, 165-176.
19. Puisieux, F., d' Andrea, C., Baconnier, P., Bui-Dinh, D., Castaings-Pelet, S., Crestani, B., ... Weil-Engerer, S. (2009). Troubles de la déglutition du sujet âgé et pneumopathies en 14 questions/réponses. *Revue des Maladies Respiratoires*, 26, 587-605.
20. Ruglio, V. (2012). *Vivre au quotidien avec des troubles de la déglutition: un guide pratique pour la personne âgée et son entourage*. Marseille: Solal.
21. Secher, M., Gillette-Guyonnet, S., & Nourhashémi, F. (2011). Nutrition et maladie d'Alzheimer. *Nutrition Clinique et Métabolisme*, 25, 227-232.
22. Sidobre, P., Chevallier, C., Soriano, G., & Puech, M. (2011). *Saveurs partagées: la gastronomie adaptée aux troubles de la déglutition, 80 recettes hachées et mixées*. Marseille: Solal.
23. Soriani, M.-H., & Desnuelle, C. (2009). Épidémiologie de la SLA. *Revue Neurologique*, 165, 627-640.

24. Soriano, G. (2011). Du bilan à la prise en charge nutritionnelle et alimentaire. In *La réhabilitation de la déglutition chez l'adulte le point sur la prise en charge fonctionnelle* (p. 163-172). Marseille: Solal.
25. Tourne, G., Brihaye, S. (2005). *Troubles de la déglutition ou dysphagie – note sur l'alimentation*. Paris : Association pour la recherche sur la sclérose latérale amyotrophique et autres maladies du motoneurone.
26. Woisard, V., & Puech, M. (2011). *La réhabilitation de la déglutition chez l'adulte le point sur la prise en charge fonctionnelle*. Marseille: Solal.

## ANNEXES

Annexe 1 : Alimentation au CHER

Annexe 2 : Enquête de non-goûts du CHER

Annexe 3 : Questionnaire diffusé aux soignants

Annexe 4 : Livret de conseils

## **I. Annexe 1 : Alimentation au CHER**

Les orthophonistes du Centre Hospitalier Emile Roux doivent composer avec les différents « régimes » de textures présents sur la structure :

### **1. Alimentation normale :**

Elle n'a pas de particularités, mais peut être déclinée avec viande hachée.

### **2. Alimentation moulinée :**

Entrée : absente le midi, potage assez liquide le soir.

Légumes : très mous ou en purée.

Viande : hachée.

Poisson : en filet.

Laitage : fromage blanc, fromage à tartiner, yaourts.

Desserts : compotes, flans, fruits mous.

Pain : pain de mie.

L'alimentation moulinée standard a été conçue pour des patients ayant des troubles de la mastication. Pour l'adapter, sur conseils de l'orthophoniste, à un patient faisant des fausses routes, il faut en supprimer les petits éléments (semoule, petites pâtes...), et supprimer ou épaissir les soupes. Cette adaptation personnalisée d'alimentation se fait manuellement grâce à l'enquête de non- goût.

### **3. Alimentation mixée :**

Entrée : absente.

Plat principal : légumes + viande ou poisson, mixés ensemble.

Laitage : fromage blanc ou yaourts.

Dessert : compotes, dessert mixé.

**L'alimentation du patient à Emile Roux est combinée grâce aux indications :**

- De texture : normale, moulinée, mixée.
- De régime : personnes âgées, sans sucre, sans sel, sans résidus, pauvre en fibres...
- De portion : demi ou double : ration / garniture (légumes ou féculents) / viande
- De goûts : aliments éliminés par l'enquête de non goûts.

## II. Annexe 2 : Enquête de non-goûts du CHER

CENTRE HOSPITALIER E. ROUX - LE PUY-EN-VELAY

### ENQUETE de NON GOUTS

Nom : \_\_\_\_\_ DATE : \_\_\_\_\_  
 Prénom : \_\_\_\_\_ SERVICE : \_\_\_\_\_  
 Date de naissance : \_\_\_\_\_  
*Etiquette si possible*

Madame, Monsieur,

#### L'ALIMENTATION est UN SOIN

Pour répondre au mieux à vos besoins nutritionnels, à vos goûts et nous permettre d'adapter vos repas à votre pathologie,

Nous vous proposons de répondre à ces différentes questions, dans les meilleurs délais :

- Quels sont  *votre poids* :  kg  *votre taille* :  m

-  *Suivez- vous un régime ?*      oui      non

Si oui lequel ?

-  *Avez-vous besoin d'une texture particulière ?* oui non

Si oui laquelle ?  
 viande hachée seulement  
 texture moulinée  
 texture mixée

- Si, il y a des aliments que vous n'aimez pas, il est souhaitable que vous remplissiez l'enquête de non goûts en les supprimant de la liste qui se trouve au verso de cette feuille.

Une fois remplie, vous la remettrez à un membre de l'équipe soignante

Nous vous remercions de votre participation et restons à votre disposition

L'équipe HOSPITALIERE

|                 |  |  |  |  |
|-----------------|--|--|--|--|
| MODIFICATION LE |  |  |  |  |
| DU REGIME       |  |  |  |  |
| DE LA TEXTURE   |  |  |  |  |
|                 |  |  |  |  |

## Liste des aliments

(Rayez les aliments que vous n'aimez pas)

| RUBRIQUE      | SOUS RUBRIQUE  |  |
|---------------|--|--|
| Potage        |  |  |
| Charcuterie   | Charcuterie  | Jambon   |
| Viande        | Abats<br>Agneau<br>Bœuf<br>Gibier  | Lapin<br>Porc<br>Veau<br>Volaille  |
| Poisson       | Entrée au poisson  | Poissons   |
| Œufs          | Œufs   | Omelette   |
| Féculents     | Pomme de terre<br>Pâtes<br>Riz<br>Légumes secs   | Ebly<br>Boulgour<br>Polenta<br>Quinoa  |
| Légumes verts | Artichaut<br>Asperges<br>Aubergines<br>Avocat<br>Côtes de bettes<br>Betteraves<br>Carottes cuites<br>Carottes crues<br>Céleri<br>Courge<br>Champignons<br>Choux<br>Concombre<br>Courgettes | Endives cuites<br>Endives crus<br>Epinards<br>Fenouil<br>Haricots<br>Navets<br>Petits pois<br>Poireaux<br>Radis<br>Salade verte<br>Salsifis<br>Tomates cuites<br>Tomates crues |
| Fromage       | Fromage à pâte ferme<br>Fromage à pâte molle   | Fromage à moisissure<br>Fromage à tartiner   |
| Fromage blanc | Yaourt   | Petits suisses   |
| Desserts      | Desserts lactés<br>Desserts pâtisseries  |  |
| Fruit         | Fruits crus  | Fruits cuits, Compote  |

Nom de la personne ayant fait la saisie :

date :

### III. Annexe 3 : Questionnaire diffusé aux soignants

|  |
|--|
| <p align="center"><b>Questionnaire en vue de l'élaboration d'un livret d'information<br/>sur les troubles de la déglutition des personnes âgées,<br/>à l'usage des soignants du Centre Hospitalier Emile Roux.</b></p> |
|--|

Questionnaire à destination des infirmier(e)s et aide-soignant(e)s :

Afin d'élaborer un livret de conseils sur les troubles de la déglutition des personnes âgées, adapté aux soignants du Centre Hospitalier Emile Roux, je souhaite recueillir vos attentes et vos besoins dans ce domaine grâce à ce questionnaire anonyme.

**Merci de le remettre au cadre de votre service avant le 13 décembre 2013.**

**Léa Pineau**

stagiaire orthophoniste auprès de Mme Gérentes  
sur le plateau technique du CMPR  
étudiante à l'université de Poitiers

Service :

- SSR Gériatrique
- Médecine gériatrique
- USLD et EHPAD
- Hôpital de jour gériatrique
- SSR Rééducation Fonctionnelle (CMPR)
- NNR
- Pneumologie
- Cardiologie

Profession :

- Aide-soignant(e)
- Infirmier(e)
- Elève aide-soignant(e)
- Elève infirmier(e)

**Ce questionnaire concerne les troubles de la déglutition chez les personnes âgées, quelles que soient leur pathologie, sauf les patients ayant subi une chirurgie ORL (laryngectomie, glossectomie) pour lesquels les questions ne sont pas appropriées.**

1) Êtes-vous souvent confrontés à des patients âgés ayant des difficultés pour s'alimenter (manger et /ou boire) ?

- Très souvent
- Souvent
- Rarement
- Jamais

2) Pouvez-vous définir ce qu'est un trouble de la déglutition, avec vos propres mots ?

---

---

---

---

3) Selon vous, qu'est-ce qui permet d'éviter d' « avaler de travers » pour une personne âgée ayant des difficultés à boire ?

(vous pouvez cocher plusieurs propositions)

- Pencher la tête en avant
- Pencher la tête en arrière
- Boire couché
- Boire assis
- Boire avec une paille
- Boire avec un verre à bec (canard)
- Boire à la petite cuillère
- Boire au verre
- Boire les liquides épaissis
- Boire l'eau gazeuse

4) Quels signes peuvent vous faire penser que le patient âgé a « avalé de travers » ?

(vous pouvez cocher plusieurs propositions)

- Il tousse après avoir bu
- Il vomit un moment après avoir bu
- L'eau coule en dehors de sa bouche lorsqu'il boit (bavage)
- Il tousse dans la journée
- Parfois, on ne voit aucun signe mais le patient a avalé de travers quand même
- Le son de sa voix est différent juste après avoir bu
- Il est encombré
- Il a une pneumopathie
- Il a de la fièvre

5) Quelles sont les consistances qui vous paraissent les plus **difficiles** à avaler correctement pour une personne âgée qui a des difficultés de déglutition ?

(difficulté à garder les aliments dans la bouche, à mâcher les aliments, aliments qui restent coincés dans la bouche, aliments ou liquides avalés de travers...)

(vous pouvez cocher plusieurs propositions)

- Liquide (eau)
- Fluide (compote, yaourt)
- Pâteux (crème Hyper-Protéinée, Blédine)
- Haché (légumes et viande hachés)
- Solide (légumes et viande en morceaux)
- Mixte (café avec biscottes)

A votre avis, pourquoi ces consistances sont-elles plus **difficiles** à avaler correctement ?

---

---

---

---

6) Quelles sont les consistances qui vous paraissent les plus **faciles** à avaler correctement pour une personne âgée qui a des difficultés de déglutition ?

(difficulté à garder les aliments dans la bouche, à mâcher les aliments, aliments qui restent coincés dans la bouche, aliments ou liquides avalés de travers...)

(vous pouvez cocher plusieurs propositions)

- Liquide (eau)
- Fluide (compote, yaourt)
- Pâteux (crème Hyper-Protéinée, Blédine)
- Haché (légumes et viande hachés)
- Solide (légumes et viande en morceaux)
- Mixte (café avec biscottes)

A votre avis, pourquoi ces consistances sont-elles plus **faciles** à avaler correctement ?

---

---

---

---

7) Donnez-vous des informations (explications, conseils) au patient et/ou à son entourage, concernant les difficultés de déglutition ?

- Toujours
- Souvent
- De temps en temps
- Rarement
- Jamais

Si vous en donnez de temps en temps, rarement ou jamais, est-ce parce que :

(vous pouvez cocher plusieurs propositions)

- Vous manquez de temps
- Vous manquez de connaissances
- Vous estimez que ce n'est pas à vous de donner ces informations
- Vous estimez qu'il n'est pas utile de donner ces informations

Autre : \_\_\_\_\_

---

8) Concernant les difficultés de déglutition, sur quels domaines pensez-vous que l'orthophoniste peut intervenir, quel est son rôle ?  
(vous pouvez cocher plusieurs propositions)

- Evaluer le risque de fausses-routes
- Evaluer l'état nutritionnel du patient
- Donner des conseils sur les techniques qui permettent de mieux avaler
- Prendre en charge un patient qui n'a plus d'appétit
- Entraîner un patient à avaler des textures plus difficiles que son régime actuel
- Eliminer totalement le risque de fausses-routes
- Faire manger un patient qui ne peut pas manger seul
- Proposer une modification de l'alimentation du patient concernant la consistance et les textures de ce qu'il mange
- Proposer une modification de l'alimentation du patient concernant les apports nutritionnels (régime sans sucre, régime hypercalorique...)

9) Quelles peuvent être les causes des troubles de la déglutition chez la personne âgée ?  
(vous pouvez cocher plusieurs réponses)

- Le vieillissement normal
- La maladie d'Alzheimer
- La maladie de Parkinson
- Les accidents vasculaires cérébraux (AVC)
- Certains médicaments

10) A votre avis, quelles sont les complications (maladies, conséquences) d'un trouble de la déglutition :

---

---

---

---

11) Quelles informations aimeriez-vous voir figurer dans le livret de conseils que je souhaite créer pour les infirmier(e)s et les aide-soignant(e)s de l'hôpital ?

---

---

---

---

**Merci d'avoir pris le temps de répondre à ce questionnaire,**

**Léa Pineau**

## IV. Annexe 4 : Livret de conseils

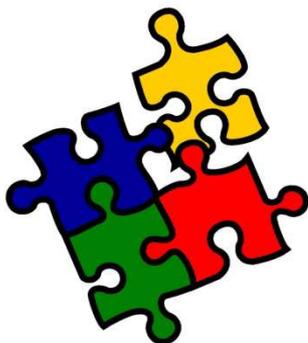


A destination des  
personnels  
soignants du CHER

ORTHOPHONIE

# Les troubles de la déglutition chez la personne âgée

Prévention, informations et conseils



|                                      |    |
|--------------------------------------|----|
| Causes et complications des troubles | 1  |
| Les troubles de la déglutition       | 2  |
| Les signes à repérer                 | 3  |
| La fausse route                      | 4  |
| Réduire les risques de fausse route: |    |
| - Durant le repas                    | 5  |
| - Installation et posture            | 6  |
| - Ustensiles adaptés                 | 7  |
| - Donner à manger à un patient       | 8  |
| Adaptation de l'alimentation         |    |
| - Aliments à éviter                  | 9  |
| - Alimentation au CHER               | 11 |
| - Les liquides                       | 12 |
| Rôle des professionnels paramédicaux | 14 |
| En cas d'urgence                     | 15 |

Les troubles de la déglutition sont fréquents chez les personnes âgées en situation de fragilité : ils concerneraient **30 % à 40 %** des personnes âgées vivant en institution. La prise en charge de ces troubles est **essentielle**, au vu des complications importantes et de la mortalité qu'ils peuvent entraîner.



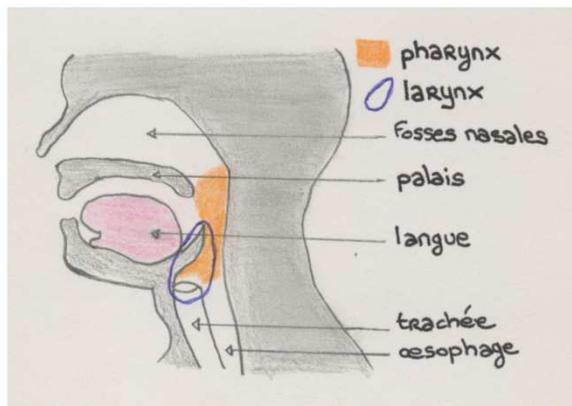
#### Complications fréquentes :

- Etouffement suite à une fausse route
- Infections bronchiques et pulmonaires à répétition
- Dénutrition, déshydratation
- Perte du plaisir de manger, refus de manger
- Anxiété et dépression réactionnelles
- Perte d'autonomie et risque d'institutionnalisation

#### Les causes fréquentes d'un trouble de la déglutition :

Accident vasculaire cérébral (AVC)  
Maladie de Parkinson  
Démences (dont maladie d'Alzheimer)  
Sclérose latérale amyotrophique (SLA)  
Causes ORL (cancer, déformation)  
Atteintes musculaires  
Certains médicaments

**Un trouble de la déglutition, ce n'est pas seulement  
« une difficulté à avaler » :**



La personne âgée peut avoir des difficultés à :

- **contenir les aliments dans sa bouche :**  
elle bave, de la nourriture ressort par le nez.
- **transformer en bouche les aliments en un mélange lisse et homogène pour pouvoir les avaler facilement.**  
(manque de salive et difficultés de mastication)
- **envoyer la bouchée dans le pharynx (arrière de la gorge) avec sa langue.** (difficultés de propulsion)
- **protéger ses voies respiratoires :**  
la personne fait une fausse route car les aliments passent dans la trachée puis dans les poumons, au lieu d'aller dans l'œsophage.
- **faire descendre toute la bouchée dans l'œsophage :**  
des morceaux peuvent rester coincés dans la bouche, dans le pharynx, dans l'œsophage. La vitesse de transport peut être réduite.

## Les signes à repérer :

- Gêne respiratoire, encombrement respiratoire
- Infections bronchiques ou pulmonaires à répétition
- Episodes de fièvre inexplicables
- Perte de poids



- Douleur lorsque la personne avale
- Toux lors des repas
- Raclements de gorges à répétition
- Sensations d'aliments coincés (bouche, gorge, au niveau du sternum)
- Son de la voix différent après avoir bu, impression de « voix mouillée »

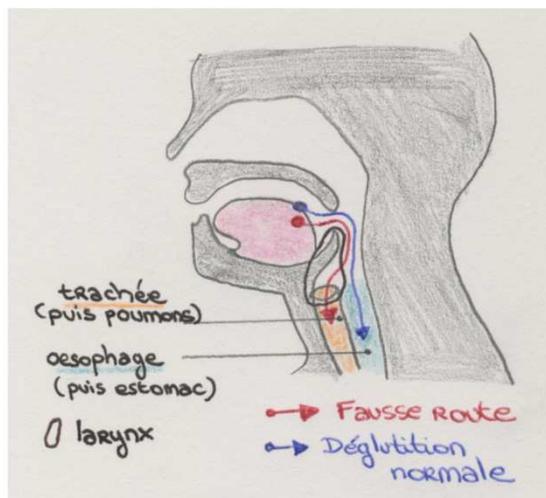
- Diminution des quantités mangées
- Fatigue importante après le repas
- Allongement important de la durée des repas



- Refus de manger
- Refus de manger certains aliments qui étaient appréciés auparavant

## La fausse route

C'est le passage d'aliments ou de liquides dans la trachée, donc dans les voies respiratoires.



Normalement, les fausses routes déclenchent une toux réflexe.



Attention, certaines fausses routes sont **silencieuses** : le patient ne tousse pas ; aucun signe extérieur ne permet de les détecter.

## Réduire les risques de fausses routes

### Durant le repas

Manger au **calme**, sans faire autre chose en même temps :

**Ne pas parler en mangeant :**  
cela maintient les voies respiratoires **ouvertes**

**Ne pas regarder la télévision :**  
elle déconcentre le patient.  
Si elle est située en hauteur, elle favorise l'extension de **la tête** vers l'arrière, qui est une position dangereuse.

### Prise des bouchées :

Privilégier les **petits volumes** (cuillère à café)

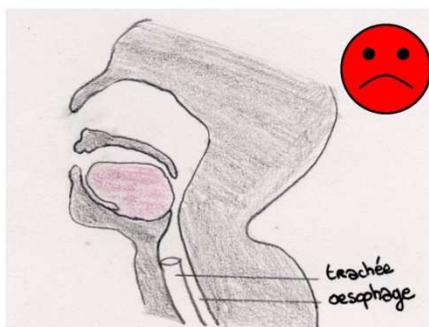
**Attendre** d'avoir avalé une bouchée avant d'en prendre une autre.



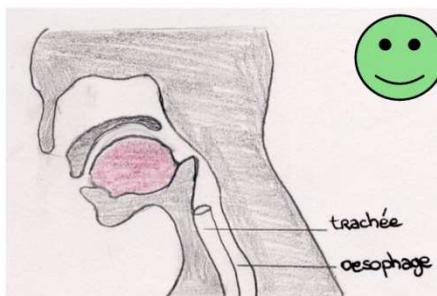
### Fin du repas :

- Maintenir une bonne **hygiène bucco dentaire** (soin de bouche, entretien du dentier)
- Conseiller au patient **d'attendre 20 min** avant de **s'allonger**

## Installation et posture



Pencher la tête vers l'arrière favorise l'ouverture des voies respiratoires (trachée), et donc les fausses routes.



Pencher la tête vers l'avant favorise le rétrécissement des voies respiratoires (trachée), et donc leur protection.

**Le patient doit manger en position assise, tête penchée vers l'avant.**

Si le patient mange au lit, relever le buste. Des oreillers derrière la tête peuvent maintenir une position correcte. Le relèvement des jambes peut l'empêcher de glisser dans le lit.

## Réduire les risques de fausses routes

### Ustensiles adaptés

En cas de fausses routes aux liquides :

Privilégier les ustensiles qui incitent le patient à pencher la tête en avant!



**La cuillère à café** : elle permet de gérer les volumes avalés, et ne demande pas de lever la tête.



**Le verre à encoche nasale** : il permet de boire le contenu du verre entièrement sans avoir à lever la tête pour le finir.



- **verre standard**: ne pas boire la fin du verre.



**La paille** : elle permet d'éviter une extension de la tête vers l'arrière, mais à utiliser avec précaution car le volume de boisson aspiré est difficile à contrôler.



**Le verre à bec (canard)** : le patient renverse moins d'eau, mais il est déconseillé en cas de fausses routes aux liquides car il favorise l'extension de la tête vers l'arrière.



**La bouteille** : déconseillée, elle oblige le patient à lever la tête pour boire.



## Donner à manger à un patient

- S'assurer que le patient est suffisamment **vigilant**.
- Se placer à hauteur du patient, ne **pas** rester **debout** car cela oblige le patient à lever la tête pour manger.
- Lui rappeler régulièrement les consignes de sécurité.  
(ex : tête baissée)
- Ne pas le distraire pendant qu'il avale des bouchées.
- Donner des bouchées de **taille limitée** (cuillère à café)
- Eviter de toucher les dents pour que le patient ne morde pas la cuillère.
- Vérifier que le patient a bien avalé une bouchée **avant** de lui donner la suivante.
- **Nettoyer** la bouche du patient après le repas, lui conseiller de **ne pas s'allonger** avant 20 minutes.



## Adaptation de l'alimentation

### Aliments à éviter (1)

Sur conseils des orthophonistes

### EVITER EN PRIORITE

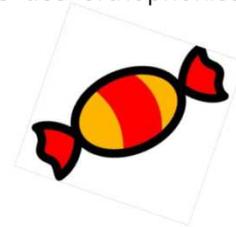


|  |  |
|--|--|
| <b>Petits éléments :</b><br>semoule, riz,<br>petites pâtes, lentilles...   | difficiles à contrôler : la bouchée n'est pas compacte et une partie peut passer plus facilement dans les voies respiratoires, provoquant des fausses routes.  |
| <b>Mélanges de Consistances :</b><br>biscottes trempées dans du café<br>orange (jus et pulpe)<br>fruits avec pépins (raisin)<br>soupe aux vermicelles... | difficiles à gérer : la partie liquide à tendance à glisser dans le pharynx (arrière de la gorge) avant la partie solide et avant la mise en place de la protection des voies respiratoires, ce qui provoque des fausses routes. |
| <b>Liquides :</b><br>boissons, soupes...   | Ils descendent très vite dans le pharynx (arrière de la gorge) : la protection des voies respiratoires doit pouvoir se mettre en place rapidement, sinon les fausses routes sont importantes.<br>(voir conseils p.12 et 13.)     |

## Aliments à éviter (2)

Sur conseils des orthophonistes

### EVITER SI BESOIN En fonction des difficultés



|  |   |
|--|---|
| <b>Aliments élastiques ou croquants :</b><br>Jambon de pays, carotte crue, salade... | En cas de difficultés de <b>mastication</b> :<br>manque de dents, dentier non adapté,<br>difficultés musculaires...   |
| <b>Aliments secs :</b><br>Biscuits...  | En cas de <b>manque de salive</b> ou de<br>difficulté à envoyer la bouchée dans<br>l'arrière gorge avec la <b>langue</b> .  |
| <b>Aliments pâteux ou collants :</b><br>Miel, petit suisse...                        | - Enrober les aliments secs de <b>sauce</b> ou<br>de <b>crème</b> permet de faciliter leur<br>propulsion dans l'arrière gorge.<br>- Les aliments pâteux peuvent être<br><b>fluidifiés</b> avec un peu d'eau ou de lait. |

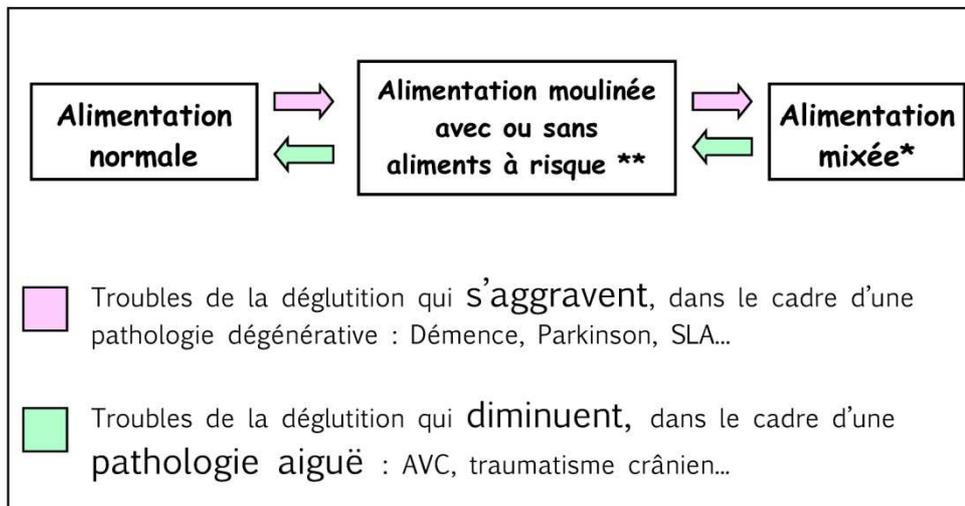


Les aliments au goût prononcé, les plats **assaisonnés**, et les plats à une **température différente** du corps (plats assez chauds ou froids), stimulent le déclenchement de la déglutition.

## Adaptation de l'alimentation

### Alimentation au CHER

Sens de progression habituel et général de l'alimentation :  
A adapter selon les patients, sur conseils des orthophonistes



\* Alimentation mixée : aliments sous forme de purées lisses et homogènes, sans liquides.

\*\* Alimentation moulinée : aliments mous, prévus pour les patients ayant seulement des difficultés à mâcher. Peut servir de transition entre l'alimentation normale et mixée, avec des **adaptations** : suppression des **petits aliments** (semoule, petites pâtes...) et des **soupes**, en accord avec les diététiciens.

Pour un patient qui mange **peu** et est **fatigué** après les repas, il vaut mieux **fractionner** les repas: proposer davantage de repas et de collations dans la journée avec moins de nourriture à la fois.

## Les liquides (1)

L'épaississement des liquides permet de **ralentir** leur descente :  
les voies respiratoires sont mieux **protégées**.

Pour améliorer  
le **goût**, on  
peut ajouter  
du **sirop** à  
l'eau épaissie.



Si l'épaississement des liquides est prescrit, il faut épaissir **TOUS** les liquides :

- L'eau
- Le café
- Le thé
- Le chocolat
- Les jus de fruits
- Les soupes fluides
- Les médicaments liquides
- Les boissons alcoolisées
- Les sodas (coca cola, fanta...)
- Les compléments alimentaires



### • Eau gazeuse et jus de fruits non épaissis :

Ces boissons ayant des propriétés **stimulantes** (bulles, goût), elles peuvent **aider** au déclenchement de la déglutition en cas de troubles **légers**.

**Elles ne sont pas indiquées si l'orthophoniste a conseillé un épaississement des liquides.**

## Les liquides (2)

### Comment épaissir ?

Délayer la poudre épaississante dans une petite quantité du liquide. Ajouter le reste du liquide au fur à mesure pour liquéfier le mélange jusqu'à la consistance recherchée, en mélangeant bien pour éviter les grumeaux.



| Appellation par les orthophonistes du CHER | Consistance recherchée   |
|--|--|
| <b>Crème très fluide</b>                   | Nectar de fruit, sirop pur (sans eau)<br>Peut être bu directement au verre<br>- Coule en filet continu |
| <b>Crème fluide</b>                        | Compote parfum pêche du CHER<br>- Coule en filet discontinu  |
| <b>Crème épaisse</b>                       | Crème dessert type Danette<br>- Coule en paquets   |



### **La consistance obtenue peut se modifier dans le temps :**

Le mélange épaissit naturellement quelques minutes après sa préparation.

Il peut aussi se liquéfier avec la salive du patient (cuillère mise en bouche puis dans le verre).

**Il faut donc préparer de petites quantités de liquide épaissi.**

## Troubles de la déglutition: rôle des professionnels paramédicaux du CHER

### L'IDE, l'AS (en collaboration avec l'IDE) :

- Accompagner les patients lors des **repas**.
- **Dépister** les signes de fausse route.
- **Mettre en place** des actions adaptées.
- **Informé, éduquer** le patient et son entourage.

### L'orthophoniste :

- **Évaluer** les troubles de la déglutition.
- Proposer des **adaptations** de l'alimentation et des **conseils** techniques, pour limiter les troubles.
- Gérer la **progression** de l'alimentation orale du patient.
- **Rééduquer** les troubles de la déglutition.

### Le diététicien :

- Évaluer les apports **nutritionnels** et le risque de dénutrition.
- Réaliser des adaptations personnalisées de **régime** et mettre en place des **aliments spécifiques**.

### Le masseur-kinésithérapeute :

- Évaluer l'**engorgement** des voies aériennes.
- Participer au diagnostic de **fausses routes**.
- Mettre en place une **prise en charge** adaptée : désengorgement, éducation, information...

### L'ergothérapeute :

- Proposer des **aides techniques adaptées**.
- Proposer des adaptations pour l'**installation** du patient.

## En cas d'urgence

### Fausse route avec un liquide :

Elle n'est pas obstructive:  
**rassurer et inciter à tousser**



### Fausse route avec un solide :

La personne respire :  
**rassurer et inciter à tousser**

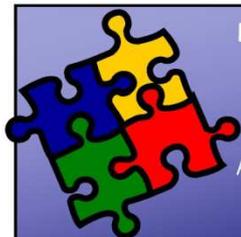
Ne pas donner à boire, ni taper dans le dos.

Impossibilité de respirer :  
**manœuvre d'Heimlich et appel SAMU (CHER: n° 15 15)**

### La manœuvre d'Heimlich:

- Se placer derrière la victime et mettre les bras sous les siens.
- Positionner un poing fermé (paume tournée vers le sol) en dessous du sternum de la victime et mettre l'autre main par-dessus le poing.
- Enfoncer le poing vers le haut d'un coup sec.

La manœuvre peut être répétée 5 fois.



Livret réalisé par Léa Pineau, stagiaire orthophoniste au CMPR dans le cadre d'un mémoire d'orthophonie, intitulé: *Elaboration d'un livret d'information sur les troubles de la déglutition chez la personne âgée et sur les aménagements possibles, à destination des soignants des services de gériatrie.* Livret conçu en collaboration avec les paramédicaux du CHER. Livret et mémoire disponibles auprès de **Françoise Gérentes**, co-directrice du mémoire, orthophoniste au CMPR.

Avril 2014

## RESUME

Les troubles de la déglutition sont assez fréquents chez la personne âgée fragile, et leurs conséquences ont des répercussions importantes sur la santé physique et morale des patients. Les centres hospitaliers accueillent de nombreuses personnes âgées fragilisées ; pourtant, les troubles de la déglutition sont souvent mal connus des soignants. Au centre hospitalier Emile Roux (43), nous avons constaté que les soignants étaient en difficulté face à ces troubles, malgré la présence d'orthophonistes qui réalisent des bilans et prodiguent des conseils régulièrement. Nous avons cherché à comprendre les raisons de ces difficultés, à l'aide d'un questionnaire transmis aux soignants. Les résultats ont montré, conformément à nos hypothèses de départ, que les soignants avaient besoin d'informations (hypothèse n°1), de plus d'explications sur la manière de réaliser les aménagements conseillés par les orthophonistes (hypothèse n°2) et de comprendre le fonctionnement et l'intérêt de ces aménagements (hypothèse n°3). Nous avons donc créé un livret d'information et de conseils spécifique au centre hospitalier Emile Roux, à destination de ces soignants. Nous espérons que ce livret contribuera à améliorer la prévention, le dépistage et l'accompagnement des patients âgés souffrants de troubles de la déglutition.

**MOTS CLES :** Déglutition – Dysphagie – Personnes âgées – Information – Livret – Aménagements – Presbyphagie

## ABSTRACT

Swallowing problems are quite common in the frail elderly, and they can seriously impact physical and mental health. Hospitals receive a lot of old and weak people, but swallowing problems are often unknown by medical staff. At Emile Roux Hospital, we noticed that the medical staff has some difficulties managing swallowing problems, although speech-language therapists are there to carry out assessments and provide advice on a regular basis. We investigated the reasons for these difficulties using a questionnaire given to nursing staff. The results validated our initial hypotheses: the medical staff need information (hypothesis n°1), they need more explanations about adjustments recommended by speech-language therapists (hypothesis n°2), and they need to understand how adjustments work and what their interests are (hypothesis n°3). Thus, we created an information booklet especially designed for Emile Roux's medical staff. We hope that this booklet will contribute to better prevention, screening and care of old people suffering from dysphagia.

**KEYWORDS :** Swallowing – Dysphagia – Elderly – Information – Booklet – Adjustments – Presbyphagia