

UNIVERSITE PAUL SABATIER – TOULOUSE III
FACULTE DE MEDECINE TOULOUSE RANGUEIL
ENSEIGNEMENT DES TECHNIQUES DE READAPTATION

Mémoire présenté en vue de l'obtention du
Certificat de Capacité d'Orthophonie

**Prévention des troubles de la déglutition chez les
personnes âgées en EHPAD :
création d'un protocole d'évaluation du risque de
décompensation de la dysphagie**

Aurélie KADNER

Sous la direction de Virginie Woisard

Septembre 2015

REMERCIEMENTS

Je remercie ma maîtresse de mémoire, Virginie Woisard, pour m'avoir permis de travailler sur ce projet, pour ses conseils et son accompagnement tout au long de l'année.

Merci à Catherine Barnay, cadre de santé au CH de Saint-Gaudens, pour m'avoir ouvert les portes de l'EHPAD Orelia et m'avoir ainsi permis de réaliser ce projet.

Merci au médecin coordonnateur de cet EHPAD, Corinne Quintana, pour son accueil chaleureux et son enthousiasme pour ce projet, ainsi que sa participation à l'élaboration des outils et à la mise en place du protocole.

Je remercie également les soignants de l'EHPAD, pour leur implication et leur motivation, ainsi que tous les résidents que j'ai rencontrés lors de cette étude.

Merci enfin à mes parents, et à toute ma famille, pour leur soutien et leurs encouragements.

**Prévention des troubles de la déglutition chez les personnes âgées en EHPAD :
création d'un protocole d'évaluation du risque de décompensation de la dysphagie**

Mémoire présenté par Aurélie KADNER

Sous la direction de Virginie Woisard, médecin phoniatre

Faculté de médecine de Toulouse-Rangueil, septembre 2015

Problématique

Les personnes âgées constituent une population à risque de troubles de la déglutition et de leurs complications : environ 30% des personnes de plus de 75 ans sont concernées par la dysphagie. Cela s'explique d'abord par le vieillissement physiologique, qui affecte les organes de la déglutition et perturbe les temps de la déglutition, et également par des causes pathologiques, en majorité neurodégénératives. La prévalence de ces troubles est plus importante en EHPAD, où la population est plus dépendante physiquement et la fréquence de ces pathologies élevée : alors qu'elle concerne 8 à 15% des sujets vivant à domicile, elle s'élève de 30 à 40% pour les personnes hébergées en institution gériatrique (Puisieux et al., 2009).

Notre projet s'inscrit dans une démarche de prévention secondaire telle que décrite par l'HAS. L'idée de départ est venue de notre constatation de l'absence d'un protocole standardisé pour prévenir le risque de décompensation en EHPAD. Notre objectif est de créer un modèle de prévention applicable au niveau de la structure de l'EHPAD, avec la collaboration des soignants.

Il a pour premier but d'établir un profil de risque de décompensation du trouble de la déglutition pour chaque résident. Ce profil sera déterminé en croisant les informations sur la fragilité en rapport avec les troubles de la déglutition avec la sévérité du trouble attestée par un test. Un second objectif est d'apprécier, de la manière la plus adaptée au contexte observationnel, l'effet de l'action du dépistage, en analysant la valeur prédictive des

différentes étapes constituant le test et en traçant les actions qui en ont découlé pour les résidents. Nous nous interrogerons également sur le rôle de l'orthophoniste dans un tel dispositif.

Méthodologie

La construction de notre outil répond aux hypothèses suivantes :

Hypothèse 1 : Un outil de dépistage du risque de complication du trouble de la déglutition est réalisable dans un EHPAD

Hypothèse 2 : Cet outil permet de classer les personnes hébergées en profil de risque de décompensation.

Hypothèse 3 : Le personnel soignant peut s'approprier cet outil et l'utiliser dans sa pratique.

Hypothèse 4 : L'orthophoniste peut avoir un rôle dans un tel dispositif.

Le protocole est composé des étapes suivantes :

- Estimation par le médecin de la fragilité du patient : création d'un outil d'évaluation de la fragilité basé sur le recueil des complications des troubles de la déglutition les plus courantes chez la personne âgée (perte de poids, pneumopathie, encombrement bronchique)
- Passage d'un test de déglutition : le V-VST, afin d'objectiver la présence d'un trouble
- Estimation de la sévérité du trouble : création d'un outil de recueil des antécédents médicaux à risque, dont les informations seront croisées avec les résultats du test de déglutition pour établir la sévérité du trouble

- Choix de la conduite à tenir : création d'une grille de CAT en fonction de la sévérité du trouble et de la fragilité du résident.

La faisabilité du protocole est évaluée par son application à la moitié des patients de l'EHPAD. Nous estimons son efficacité par l'observation de la survenue d'évènements pulmonaires pendant les 2 mois suivant le test. La faisabilité et l'appropriation des outils par les soignants sont jugés par leur participation au processus et par leurs réponses à des questionnaires de faisabilité portant sur chaque outil créé.

L'expérimentation a eu lieu au sein d'un EHPAD rattaché à un CH de 128 places, entre mai et juillet 2015. Le protocole a été appliqué à 60 résidents, et 14 soignants ont participé à l'enquête de faisabilité.

Les données obtenues pour chaque outil ont été traitées informatiquement puis analysées afin de déterminer leur prédictivité du risque de décompensation.

Résultats

L'incidence des évènements pulmonaires est plus importante chez les patients classés dans le profil de risque élevé. Le classement des résidents offre une sensibilité et une spécificité de respectivement 72,72% et de 61,22%. Aucun autre marqueur analysé (étiologie, résultat du test seul, résultat des questionnaires de symptômes) n'offre un meilleur rapport sensibilité/spécificité.

La faisabilité de notre outil est attestée par les réponses positives des soignants aux questionnaires dédiés, et par le fait que tous les résidents de notre population ont été évalués et une conduite à tenir adaptée a pu être mise en place.

Dans ce protocole, le rôle de l'orthophoniste est essentiel pour la mise en place de l'étude et la formation des soignants à l'utilisation des différents outils.

Discussion

Le classement des résidents selon le profil de risque est pertinent, car les résultats montrent que l'incidence des événements est plus élevée chez les patients classés en profil de risque élevé. L'analyse des résultats démontre que l'utilisation d'un test de déglutition seul ne permet pas de cibler précisément une population à risque. Les outils les plus prédictifs du risque de décompensation sont l'outil de recueil des antécédents à risque et l'observation des symptômes par les soignants.

Une des limites de notre étude et le choix d'avoir focalisé notre outil sur les complications pulmonaires des troubles de la déglutition. Les retentissements psychologiques et relationnels ne sont pas évalués par ce protocole.

Les réponses aux questionnaires de faisabilité sont positives mais ce résultat est basé sur un échantillon réduit de soignants.

On peut également s'interroger sur la faisabilité et l'utilisation dans le temps de ce protocole.

Bibliographie

Puisieux et al. Troubles de la déglutition du sujet âgé et pneumopathies en 14 questions/réponses. *Revue Mal Respir* 2009 ; 26 ; 587-605

Sommaire

INTRODUCTION	1
PARTIE THEORIQUE	3
LE VIEILLISSEMENT DE LA DEGLUTITION	4
I. Définition de la presbyphagie	4
II. Vieillissement des organes de la déglutition.....	4
1. Le vieillissement des tissus bucco-dentaires	4
2. Le vieillissement de l'appareil digestif	7
3. Le vieillissement du système musculaire	8
4. Le vieillissement neurologique.....	9
5. Le vieillissement sensoriel et perceptif	9
6. Autres modifications des fonctions liées à la déglutition	10
III. L'altération des phases de la déglutition.....	10
1. Conséquences sur le déroulement du temps oral.....	10
2. Conséquences sur le temps pharyngé	11
3. Conséquences sur le temps œsophagien.....	12
IV. Étiologie des troubles de la déglutition chez la personne âgée	13
1. Prévalence de la dysphagie chez le sujet âgé	13
2. Pathologies neurologiques.....	14
a. Pathologies neurodégénératives.....	14
b. Accidents vasculaires cérébraux.....	16
c. Affections de la sphère ORL et des VADS	16
d. Pathologies iatrogènes	17
3. Symptômes des troubles de la déglutition chez le sujet âgé.....	18
V. Conséquences et complications de la dysphagie	19
1. Complications respiratoires aiguës et chroniques	19
2. Impacts sur la nutrition et l'hydratation	20
3. Conséquences sociales.....	22
4. Conséquences psychologiques	22
L'INSTITUTION GERIATRIQUE	24
I. Les établissements d'hébergement pour personnes âgées (EHPA)	24
II. Présentation des EHPAD	24
1. Définition des EHPAD	24
2. Statut légal.....	25
3. Tarification	25

4. Les types de prise en charge.....	26
III. L'équipe pluridisciplinaire.....	26
1. Le personnel médical.....	26
2. Le personnel soignant.....	27
3. Le personnel paramédical.....	30
IV. La population accueillie en EHPA.....	32
1. Âge des résidents.....	33
2. Pathologies des résidents.....	33
LA PRISE EN CHARGE DE LA DYSPHAGIE EN EHPAD	37
I. Une démarche palliative et écologique	37
1. La démarche palliative	37
2. La démarche écologique.....	38
II. La prévention des troubles de la déglutition.....	39
1. Définition de la prévention.....	39
2. Application de la prévention aux troubles de la déglutition en EHPAD.....	39
3. Le dépistage de la dysphagie.....	41
III. Les actions thérapeutiques en cas de trouble de la déglutition.....	41
1. Les stratégies d'adaptation.....	42
a. Les mesures d'hygiènes bucco-dentaires	42
b. Les mesures d'aménagement des temps de repas	42
c. L'adaptation des aliments.....	43
d. L'alimentation artificielle	45
e. L'information et l'éducation de l'entourage.....	45
2. Les techniques de compensation et la rééducation.....	46
3. Les traitements médicamenteux et chirurgicaux	47
IV. La formation des soignants	47
1. La dysphagie dans la formation initiale des soignants	47
2. Les conséquences du manque de formation des soignants.....	48
3. Informer les soignants	48
PARTIE PRATIQUE	51
PRESENTATION DE L'ETUDE.....	52
I. Objectifs.....	53
1. Objectif principal.....	53
2. Objectifs secondaires.....	53
II. Hypothèses.....	53
III. Elaboration de notre étude.....	54

METHODOLOGIE	55
I. Conception du test.....	55
1. Choix du test de repérage de l'altération de la fonction de la déglutition.....	56
a. Le test de déglutition : le Volume Viscosity Swallowing test	56
b. L'outil d'évaluation de la présence de trouble de la déglutition.....	58
c. L'outil de l'évaluation de l'appétence pour l'alimentation par le soignant	59
2. Détermination des ATCD à identifier : Les outils de recueil des antécédents médicaux.....	60
a. Antécédents indiquant la fragilité	61
b. Facteurs de risque des troubles de la déglutition.....	62
3. Proposition pour déterminer le profil de risque.....	65
4. La grille de conduites à tenir	65
II. Faisabilité de l'étude.....	66
1. Les outils créés pour la faisabilité	66
a. L'outil d'information pour les soignants	66
b. Le cahier d'observation du résident	67
c. Les questionnaires de faisabilité pour les soignants	68
2. Critères d'inclusion des résidents dans l'étude.....	69
a. Critères d'inclusion	69
b. Critères d'exclusion	69
III. Application de notre étude à l'EHPAD	69
1. Présentation de la structure.....	69
a. Nombre de lits	70
b. Équipe soignante	70
c. L'organisation des repas.....	70
2. Présentation des professionnels de l'étude.....	71
a. Médecin coordonnateur	71
b. Personnel soignant.....	71
IV. Déroulement de l'étude	71
1. Mise en place de l'étude et information aux soignants	71
2. Recueil des antécédents médicaux	72
3. Remplissage des questionnaires de symptômes et d'appétence.....	72
4. Passage de l'outil d'évaluation.....	72
5. Mise en place des conduites à tenir si nécessaire	72
6. Traçabilité des actions et des événements pendant 2 mois à partir de la catégorisation du patient.....	72
7. Enquête de faisabilité auprès des soignants de l'institution.....	73

DESCRIPTION DES RESULTATS	74
I. Présentation de la population	74
1. Composition de la population.....	74
2. Pathologies neurologiques.....	75
3. Anomalies structurelles	76
4. Antécédents gastroentérologiques.....	76
5. Antécédents psychiatriques	76
6. Prise de médicaments	77
7. Instabilité posturale	78
8. IMC	78
II. Résultats des évaluations	79
1. Questionnaire des symptômes de troubles de la déglutition.....	79
2. Test de déglutition	80
3. Evaluation de la fragilité	81
4. Etablissement du profil de risque	82
5. Etablissement de la conduite à tenir	82
III. Survenue des évènements.....	83
ANALYSE DES RESULTATS	85
I. Faisabilité de l’outil par rapport à la population	85
II. Relation entre les profils de risque et les événements médicaux.....	85
1. Profils de risque établis par le gériatre	85
2. Recherche d’autres marqueurs plus pertinents pour déterminer le risque de décompensation	87
III. Comparaison des résultats du test et du questionnaire	87
IV. Faisabilité des outils.....	88
1. Description des réponses pour le questionnaire des symptômes	88
2. Description des réponses pour le questionnaire de l'appétence	89
3. Description des réponses pour le test de déglutition	90
DISCUSSION	91
I. Confrontation des hypothèses aux résultats	91
II. Limites de l’étude	93
CONCLUSION	95
BIBLIOGRAPHIE	96
ABREVIATIONS	101
ANNEXES	103

INTRODUCTION

Le vieillissement de la population est un phénomène majeur de nos sociétés occidentales. Avec lui apparaissent de nouvelles problématiques et enjeux de santé publique, et également un besoin de prises en charge spécifiques. Dans le domaine des troubles de la déglutition qui nous intéresse ici, les personnes âgées constituent une population particulièrement à risque : on estime qu'environ 30% des personnes de plus de 75 ans sont concernées par la dysphagie. Cela s'explique d'abord par le vieillissement physiologique, qui affecte les organes de la déglutition et perturbe les temps de la déglutition, et également par des causes pathologiques, en majorité neurodégénératives. La prévalence de ces troubles est plus importante en EHPAD, où la population est plus dépendante physiquement et la fréquence de ces pathologies élevée : alors qu'elle concerne 8 à 15% des sujets vivant à domicile, elle s'élève de 30 à 40% pour les personnes hébergées en institution gériatrique. Le risque de décompensation de ces troubles est important, et peut entraîner des complications médicales et nutritionnelles, altérant la qualité de vie de ces personnes. Il est donc important de pouvoir dépister ces troubles le plus précocement possible. Comment assurer une prévention efficace des troubles de la déglutition et de leurs complications en institution gériatrique ? Aucun outil de dépistage standardisé n'existe aujourd'hui pour prédire le risque de complication de la dysphagie chez le sujet âgé. Un outil de dépistage peut-il effectivement prédire le risque de décompensation des troubles de la déglutition ?

Le domaine de la gériatrie concerne les orthophonistes, qui ne cessent d'approfondir leurs compétences dans cette spécialité. En EHPAD, en plus de la prise en charge des patients, l'orthophoniste est intégrée dans une démarche systémique qui prend en compte les rapports des soignants entre eux et avec l'institution. Elle a un rôle de formation, auprès des soignants, et de prévention auprès des résidents. Quel serait le rôle de l'orthophoniste dans la mise en place et l'application d'un dispositif de dépistage de ce genre ?

Le but de cette étude est de proposer un modèle d'organisation dans le cadre de l'institution pour prévenir les troubles de la déglutition des personnes hébergées. Elle s'inscrit dans une démarche de prévention secondaire telle que décrite par l'HAS.

La partie théorique décrira les spécificités de la dysphagie chez le sujet âgé et ses incidences. Nous présenterons ensuite sur le système de l'EHPAD et la prise en charge de la dysphagie dans ce type d'institution.

Dans la partie pratique, nous commencerons par exposer la conception de notre outil de dépistage, et la description des différentes parties le composant. Nous détaillerons ensuite le déroulement de notre intervention dans l'EHPAD, puis les résultats que nous analyserons afin d'évaluer la faisabilité et les capacités prédictives de ce protocole.

PARTIE THEORIQUE

LE VIEILLISSEMENT DE LA DEGLUTITION

Comme toutes les fonctions de notre corps, la déglutition est soumise au processus naturel du vieillissement. Il touche toutes les structures impliquées dans la déglutition (bucco-dentaires, pharyngées, laryngées et œsophagiennes). Ces modifications entraînent des perturbations fonctionnelles de la déglutition et des fonctions qui lui sont associées. Le terme décrivant le vieillissement physiologique de la déglutition est la presbyphagie.

I. Définition de la presbyphagie

La presbyphagie est définie comme *« l'ensemble des effets du processus du vieillissement sur le mécanisme de la déglutition »* (Logemann, 2007). Elle serait peu perceptible avant 65 ans, puis deviendrait cliniquement plus importante à partir de 80 ans (Schweizer, 2010).

On distingue deux types de presbyphagie : la primaire et la secondaire. La première concerne tous les changements imputables au vieillissement normal de l'individu. La seconde est définie par l'accumulation des modifications liées au vieillissement, des pathologies associées et des effets secondaires de traitements médicamenteux.

II. Vieillissement des organes de la déglutition

1. Le vieillissement des tissus bucco-dentaires

Nous exposerons ici les modifications des tissus bucco-dentaires dues au vieillissement physiologique. Cette description s'appuie sur un rapport de 2009 de la Commission de santé publique (S. Séguier, A. Bodineau, A. Giacobbi, JC. Tavernier, M. Folliguet).

Les tissus dentaires

Tous les tissus dentaires (émail, dentine, tissu pulpaire et cément) sont sujets à la sénescence. Le vieillissement dentaire se traduit par l'apparition de fêlures et de perte de substance de l'émail rendant la dentine plus vulnérable. Le tissu pulpaire subit une fibrose partielle ou totale associée à un rétrécissement de la cavité pulpaire. La conséquence directe de ces phénomènes est la diminution du potentiel de cicatrisation et de réparation de l'organe dentaire.

La gencive se rétracte, rendant plus vulnérables les racines dentaires et le cément. Le collet dentaire est plus exposé et moins résistant aux lésions carieuses.

La cariosusceptibilité, stable chez l'adulte d'âge moyen, augmente chez la personne âgée. Les lésions carieuses du collet et des racines dentaires sont une pathologie spécifique du sujet âgé (Bailey et al., 2004; Leake, 1990). Cette augmentation du risque carieux est associée à des difficultés d'accès aux soins dentaires, accroissant la prévalence des lésions carieuses de cette population (Mack et al., 2004). D'autres facteurs participent également à l'augmentation de ce risque (Seguier et al., 2009) :

- l'alimentation souvent riche en sucres et en hydrates de carbonnes des personnes âgées, de consistance molle et adhérente aux dents
- la baisse du flux salivaire et l'acidification de son PH, favorisant la déminéralisation dentaire et l'apparition des bactéries
- la diminution de l'autonomie et de la dextérité affectant la pratique des soins d'hygiène buccale et favorisant l'apparition de plaque dentaire.

Les complications induites par le risque carieux s'expriment sous la forme d'inflammations chroniques ou de processus dégénératifs. Ces infections, détectées tardivement en raison du manque de suivi bucco-dentaire, peuvent entraîner des pertes osseuses importantes.

Le parodonte

Le parodonte se définit comme l'ensemble des tissus qui entourent la dent et constitue

son système d'attache. Il se compose des tissus gingivaux (parodonte superficiel) et de l'os alvéolaire, du ligament alvéolo-dentaire et du cément (parodonte profond). Le vieillissement des tissus gingivaux se traduit par une perte d'élasticité, un aspect plus lisse, une légère rétraction et une fragilité accrue aux agressions microbiennes et mécaniques. Les capacités de remodelage, de cicatrisation et d'adaptation de l'os alvéolaire sont réduites. L'altération du ligament alvéolo-dentaire est en relation avec la diminution de la force masticatoire.

La sénescence de ces tissus affaiblit leurs capacités de défense et de cicatrisation. Associée à la mauvaise qualité du suivi bucco-dentaire et à l'apparition facilitée de la plaque dentaire, elle explique la prévalence des maladies parodontales qui touchent 55 à 85% des personnes âgées (Bailey et al., 2004; Joly et al., 2000).

Les muqueuses buccales

La sénescence impacte les muqueuses masticatoires, de recouvrement et la muqueuse spécialisée du dos de la langue contenant les papilles gustatives.

Les muqueuses buccales s'atrophient et présentent un aspect fin et lisse, accompagné d'une perte d'élasticité. Cette diminution de la masse tissulaire a de nombreuses conséquences fonctionnelles. La fragilité des muqueuses et leur vulnérabilité aux agressions externes est accrue et leur faculté de cicatrisation diminuée. Les muqueuses masticatoires deviennent plus sensible aux traumatismes et à la pression masticatoire, affectant la mastication des aliments durs et abaissant la tolérance au port de prothèses dentaires (Fontijn-Tekamp et al., 1996; Ghezzi et al., 2000). L'atrophie des papilles gustatives explique les changements dans la perception du goût et des régimes alimentaires, favorisant la plaque dentaire comme vu précédemment et également le risque de malnutrition.

Les conséquences fonctionnelles s'accompagnent de pathologies buccales. La candidose est la plus fréquemment rencontrée chez le sujet âgé. On la trouve souvent associée avec la perlèche. On note également les hyperplasies fibro-épithéliales en rapport avec une prothèse mal adaptée, les états post-lichéniens, les cancers de la cavité buccale, l'atrophie des muqueuses liées à certaines affections hématologiques (telles que la maladie de Biermer) et les manifestations d'hémopathies (maladie de Vaquez ou leucémie myéloïde chronique).

Les glandes salivaires

Les glandes salivaires connaissent des modifications histologiques, principalement définies par une atrophie des acini, une irrégularité des canaux sécrétoires et une augmentation du tissu conjonctif fibreux et du tissu adipeux.

25 à 60% des personnes âgées de plus de 65 ans se plaignent de xérostomie (sensation de bouche sèche) (Nagler, 2004; Pajukoski et al., 2001). L'hyposialie (débit salivaire inférieur à 0,1ml/min en flux non stimulé et à 0,5ml/min en flux stimulé) n'est pas entièrement imputable au vieillissement. On observe plutôt une diminution du flux salivaire non stimulé alors que le flux stimulé (lors de la mastication par exemple) reste stable. Le syndrome sec buccal du sujet âgé est dû à l'association de cette diminution avec la polymédication et la déshydratation. La diminution du flux salivaire et la xérostomie sont des effets secondaires de 80% des médicaments les plus prescrits en gériatrie. De plus, certaines comorbidités (maladie d'Alzheimer, diabète, maladie de Parkinson) sont également responsables d'hyposialie aggravée secondairement par les traitements thérapeutiques. La xérostomie est aussi favorisée par la respiration buccale majoritaire chez les personnes âgées.

L'hyposialie a des conséquences fonctionnelles sur la mastication, la déglutition et la phonation.

2. Le vieillissement de l'appareil digestif

Le vieillissement de ces organes favorise l'émergence de pathologies digestives responsables de carences ou de troubles de la prise alimentaire.

L'œsophage

L'impact principal du vieillissement sur l'œsophage est une perte de sa mobilité, entraînant potentiellement une gêne lors de la prise des repas. Le sphincter supérieur devient moins efficace, rendant les personnes âgées plus sujettes au reflux gastro-oesophagien.

L'estomac

La muqueuse de l'estomac subit une discrète atrophie associée à une diminution de la sécrétion chlorhydrique. Les personnes deviennent plus sensibles aux infections alimentaires. Le respect des mesures d'hygiène liées à la manipulation et à la conservation des aliments est donc très important pour minimiser ces risques d'infection.

Le pancréas

Le vieillissement entraîne une diminution du nombre de récepteurs à la cholécystokinine-pancréozymine (CCK) et une augmentation simultanée des taux sériques de CCK. Or la CCK est un des principaux facteurs du contrôle de la satiété, et son augmentation pourrait expliquer la baisse d'appétit des personnes âgées.

L'intestin grêle

La motilité des différentes parties de l'intestin grêle est perturbée, les villosités intestinales subissent une atrophie et les sécrétions de l'intestin se trouvent diminuées. Ces changements ont pour conséquences une absorption des nutriments plus lente et moins efficace, et concerne en particulier, les glucides, les graisses, le calcium et les vitamines D et B12. Le régime alimentaire doit donc être modifié afin de s'adapter à ces modifications, en limitant notamment les graisses et les aliments riches en lipides.

3. Le vieillissement du système musculaire

L'avancée de l'âge est accompagnée d'une fonte musculaire globale qui n'épargne pas les muscles impliqués dans la déglutition. Cette diminution de la force est suivie par une habileté motrice amoindrie. La force de mastication et de propulsion du bolus est diminuée, les mouvements de langue sont ralentis, rendant la mastication plus longue et moins efficace. L'incontinence labiale est fréquente chez le sujet âgé, ainsi qu'une faiblesse de la fermeture vélo-linguale, augmentant le risque de fausses-routes avant déglutition. La durée de la phase pharyngée et de l'ouverture du SSO est réduite. Le péristaltisme secondaire de l'œsophage et l'élévation du larynx seraient également perturbés chez un grand nombre de

personnes âgées.

4. Le vieillissement neurologique

L'altération du système neurologique se caractérise par un ralentissement psychomoteur et cognitif général. La vigilance est diminuée et la distractibilité augmente, favorisant le risque de fausses-routes pendant les repas. L'élaboration des programmes moteurs et la coordination motrice sont également affectés. Les troubles de la mémoire et la baisse des capacités d'apprentissage limitent les possibilités rééducatives en cas de trouble de la déglutition avéré. Les difficultés motrices peuvent perturber le geste alimentaire, accroissant la fatigabilité et entraînant une perte d'autonomie. Or le risque de complications de la dysphagie est majoré en cas d'alimentation assurée par un tiers. (Jacquot, Pouderoux & al., 2001; Capet & Delaunay, 2007)

5. Le vieillissement sensoriel et perceptif

L'acuité sensorielle est affectée par le vieillissement. Les capacités d'identification et de discrimination des goûts et des odeurs sont réduites.

L'hypogueusie, c'est-à-dire l'augmentation des seuils de détection des perceptions, touche dans l'ordre : le salé, le sucré, l'acide et dans une moindre mesure l'amer, qui reste la saveur la mieux préservée. Cela a souvent pour conséquence une sensation de bouche amère, qui conduit la personne âgée à modifier ses habitudes alimentaires. L'appétence pour le sucré est augmentée. Ces perturbations sont causées par le vieillissement physiologique, comme nous l'avons détaillé plus haut, mais également fréquemment induites par les médicaments, une mauvaise hygiène bucco-dentaire, des carences, la déshydratation ou certaines atteintes neurologiques.

Dès 65 ans, l'odorat, responsable de 80% de notre perception des saveurs, se dégrade. On constate une sévère hyposmie, voire une anosmie, chez 75 % des sujets de plus de 80 ans. Cette dégradation est due au vieillissement physiologique qui entraîne la réduction des surfaces épithéliales olfactives, remplacées progressivement par un épithélium respiratoire simple (Bonfils, 2007 ; Ferry, Alix et al., 2007 ; Panayoty 2002 ; Schweizer, 2010). Les

modifications de l'odorat sont plus importantes que celles du goût.

Toutes ces perturbations sensorielles ne sont pas sans impacts sur l'alimentation. Elles peuvent induire un dégoût pour la nourriture ou un désintérêt alimentaire, affectant le plaisir de manger et pouvant conduire à la diminution voire l'absence de prises alimentaires. Ces conséquences sont accompagnées d'une perte de l'appétit.

La sensibilité du pharynx et des aires supra-glottiques diminue avec l'âge, ce qui peut être à l'origine d'un retard de déclenchement du réflexe de déglutition.

6. Autres modifications des fonctions liées à la déglutition

L'efficacité de la respiration est souvent atteinte par la sénescence. La toux est moins efficace pour expulser les corps étrangers dans les voies aériennes, et son seuil de déclenchement peut être augmenté.

Le système phonatoire peut subir un phénomène d'atrophie, amoindrissant la protection des voies aériennes.

III. L'altération des phases de la déglutition

1. Conséquences sur le déroulement du temps oral

La bonne santé de la cavité buccale et le confort sont des pré-requis à une bonne mastication. Les effets du vieillissement (nombre, état et mobilité des dents, diminution du flux salivaire, port de prothèses) ajoutés aux pathologies décrites précédemment (gingivites et parodontites), souvent accompagnées de douleurs, entraînent une diminution du potentiel masticatoire. On estime à 20 le nombre minimal de dents nécessaire pour assurer une fonction masticatoire correcte, or ce nombre est rarement atteint chez le sujet âgé. Chez les personnes âgées de plus de 65 ans, il varie entre 12 et 17 selon les pays (Krall et al., 1998, et seuls 10% des personnes de plus de 75 ans ont 21 dents naturelles ou plus. En institution, la prévalence de l'édentement concerne 60% des résidents (Bailey et al., 2004 ; Folliguet et al., 2004).

Le vieillissement des tissus bucco-dentaires associé à la perte de dents et aux pathologies décrites ci-dessus entraîne une diminution du potentiel masticatoire, et un allongement du temps de mastication. Cette diminution est souvent à l'origine de changements de régime alimentaire en faveur d'une alimentation pauvre en fruits, fibres et protéines et riche en hydrates de carbone (Bodineau et al., 2007). Les aliments durs sont évincés car générateurs de douleurs et difficiles à mastiquer. La baisse de ce potentiel impacte également la formation du bolus. S'ajoute à cela une diminution de la mobilité, de la force et de l'habileté linguales.

L'hyposialie affecte également le temps oral, perturbant la mastication, la constitution du bolus et le transport des aliments.

Il est important de noter le caractère volontaire de la phase buccale, ce qui permet aux personnes conscientes de leurs difficultés de les compenser en augmentant le temps de mastication et en adaptant les textures alimentaires.

Tableau I.
Presbyphagie : altérations de la phase buccale.

<ul style="list-style-type: none"> • Diminution de la force des muscles masticateurs et de la langue 		<ul style="list-style-type: none"> • Difficulté de préparation du bolus (temps préparatoire)
<ul style="list-style-type: none"> • Diminution du mouvement lingual antéropostérieur 		<ul style="list-style-type: none"> • Diminution de la force de propulsion du bolus vers le pharynx
<ul style="list-style-type: none"> • Altération fonctionnelle de l'appareil dentaire 		<ul style="list-style-type: none"> • Défaut de fermeture du sphincter buccal postérieur, fuite des aliments dans le pharynx
<ul style="list-style-type: none"> • Diminution de la sécrétion salivaire 		

Source : Puisieux et al. *Troubles de la déglutition du sujet âgé et pneumopathies en 14 questions/réponses. Revue Mal Respir* 2009 ; 26 ; 587-605

2. Conséquences sur le temps pharyngé

Le vieillissement de la musculature pharyngée altère les mécanismes de propulsion et de protection des voies aériennes supérieures. La phase oropharyngée est allongée. On constate également un allongement du délai de réponse pharyngée associé à l'âge, un

raccourcissement de la réponse pharyngée elle-même, un raccourcissement de la durée de l'ouverture cricopharyngée, une diminution de l'amplitude et de la vitesse du péristaltisme pharyngé, des cordes vocales hypotoniques et un réflexe de toux amoindri.

Le temps pharyngé est le plus préoccupant du fait de son caractère réflexe. Lorsqu'un trouble survient à ce niveau, le patient ne peut pas spontanément mettre en place des mécanismes de compensation.

Tableau II.
Presbyphagie : altération de la phase pharyngée.

<ul style="list-style-type: none"> • Retard de déclenchement du réflexe de déglutition pharyngé 	<ul style="list-style-type: none"> • Augmentation de la durée du temps pharyngé de la déglutition
<ul style="list-style-type: none"> • Défaut de l'élévation laryngée 	<ul style="list-style-type: none"> • Stase dans les vallécules et/ou les sinus piriformes
<ul style="list-style-type: none"> • Diminution de la force de contraction pharyngée 	<ul style="list-style-type: none"> • Pénétration laryngées/ inhalations
<ul style="list-style-type: none"> • Défaut de relaxation du sphincter supérieur de l'œsophage 	

Source : Puisieux et al. *Troubles de la déglutition du sujet âgé et pneumopathies en 14 questions/réponses. Revue Mal Respir* 2009 ; 26 ; 587-605

3. Conséquences sur le temps œsophagien

La fonction œsophagienne est peu sujette au vieillissement chez le sujet sain. Au niveau du sphincter supérieur, il existe une diminution de pression et un retard de relaxation après déglutition. Le sphincter inférieur, lui, ne semble pas atteint par le vieillissement. Au niveau de l'œsophage, on observe une augmentation des contractions synchrones et de la vitesse de propagation des ondes. Ces troubles sont plus prononcés au niveau de l'œsophage distal après déglutition.

Chez le sujet sain, ces troubles demeurent modérés. Les troubles plus importants sont toujours associés à une pathologie ou à une altération de l'état général.

IV. Étiologie des troubles de la déglutition chez la personne âgée

Cette partie constitue la base théorique du questionnaire des antécédents médicaux dans le dossier du patient.

1. Prévalence de la dysphagie chez le sujet âgé

La prévalence des troubles de la déglutition chez le sujet âgé n'est pas précisément connue et difficile à déterminer exactement. Les résultats varient de façon importante selon les études et selon les paramètres pris en compte (examen clinique, plainte du patient,...) et surtout selon le lieu de résidence des personnes âgées, qui est souvent corrélé à leur état de santé.

La prévalence de la dysphagie en institution gériatrique est de 31% à 68% selon les études (PneumoGériatrie, 2009). Elle est nettement plus importante que celle des personnes âgées vivant à domicile (10 à 30% selon les études)(Capet et Delaunay, 2007; Finiels, Strubel, & al. 2001 ; Bloem, Lagaay, & al., 1990) ou celle des personnes âgées hospitalisées (10%)(PneumoGériatrie, 2009).

Une étude réalisée au Canada auprès de 349 résidents de maisons de retraite médicalisées dont l'âge moyen était de 87 ans (Steele, Greenwood, & al., 1997), a montré que :

- 50% des résidents présentaient un bavage
- 43% avaient des résidus alimentaires en bouche
- 28% présentaient une toux ou des signes d'étouffement pendant les repas,
- 24% recrachaient des aliments,
- 11% avaient une déglutition très ralentie voire absente.

Cette même étude rapporte que 87% des résidents, au total, avaient des difficultés alimentaires d'ordres divers : 68% présentaient une dysphagie, 46% avaient une prise alimentaire réduite au niveau quantitatif, et 35% éprouvaient des difficultés à se maintenir en position assise à table.

On trouve donc chez le sujet âgé, en plus des troubles affectant spécifiquement la déglutition, des difficultés touchant l'alimentation en général et pouvant agir sur la dysphagie, en la provoquant ou en l'aggravant.

L'importante variabilité inter-études du dépistage de la dysphagie montre bien la difficulté qu'il comporte. La dysphagie du sujet âgé est partie d'un ensemble de troubles, plus encore que chez tout autre patient, ce qui nous impose d'envisager le patient dans sa globalité. Ainsi le dépistage, l'évaluation et la prise en charge sont rendus plus complexes par cet ensemble de troubles et par le manque de consensus sur les signes cliniques évocateurs.

Parmi les étiologies détaillées ci-dessus, toutes n'ont pas la même prévalence dans la population âgée.

La maladie d'Alzheimer est la pathologie neurodégénérative la plus courante chez le sujet âgé, devant les syndromes parkinsoniens. Les AVC ont également une prévalence importante, avec 150 000 cas chaque année dont les trois quarts sont des sujets âgés de plus de 65 ans. La sclérose en Plaque et la Sclérose Latérale Amyotrophique concernent en majorité des sujets plus jeunes, souvent de moins de 60 ans.

2. Pathologies neurologiques

a. Pathologies neurodégénératives

Les pathologies neurodégénératives provoquent des troubles de la déglutition chez 50 à 90% des patients.

Maladie d'Alzheimer

Au stade avancé de la pathologie, les troubles de la déglutition sont importants. On observe un allongement du temps de transport oral pour les liquides, une absence ou un « oubli » de mastication, un mauvais contrôle lingual, une absence de déclenchement de la déglutition, des blocages alimentaires, un réflexe de succion et des fausses routes. Les

traitements médicamenteux peuvent aggraver ces troubles qui sont souvent accompagnés de troubles alimentaires. Les prises alimentaires sont souvent assurées par un tiers, ce qui majore les risques d'inhalation et augmente la dépendance, qui est un facteur de risque des troubles de la déglutition (Allepaerts S, Delcourt S, Petermans J., 2008).

Syndromes parkinsoniens

La maladie de Parkinson est la deuxième maladie neurodégénérative en termes de fréquence en France. Elle touche 1% des personnes âgées de plus de 65 ans en France, soit entre 100 000 et 120 000 personnes au total.

Les symptômes des troubles de la déglutition sont fluctuants et s'aggravent en fonction du stade et de l'ancienneté de la pathologie. Ils concernent 20 à 50% des patients atteints de la Maladie de Parkinson, et sont plus fréquents dans les Atrophies-Multi-Systématisées et les Paralysies Supranucléaires Progressives. Les troubles moteurs et éventuellement cognitifs peuvent également entraîner des difficultés alimentaires. Les trois premières causes de décès des patients atteints de la Maladie de Parkinson (prise médicamenteuse contrariée, encombrement bronchique et infections respiratoires) sont dues à la dysphagie. 20 à 50% des patients avec troubles parkinsoniens ont une cachexie ou des pneumopathies d'inhalation (Allepaerts S, Delcourt S, Petermans J., 2008).

Sclérose Latérale Amyotrophique

La dysphagie est une conséquence de l'atteinte bulbaire. Cette atteinte est le mode d'entrée dans la maladie pour 20 à 30% des cas, et peut survenir au cours de l'évolution de la maladie sans être toutefois systématique.

Les troubles de la déglutition se manifestent par des efforts accrus pour la propulsion des aliments, une fatigabilité augmentée lors de la mastication et des fausses-routes.

Sclérose en plaques

30 à 40% des personnes atteintes de SEP connaissent des troubles de la déglutition. Ils sont dus à l'atteinte du tronc cérébral. Certains médicaments utilisés pour contrôler les

symptômes de la SEP peuvent entraîner une sécheresse de la bouche comme les anticholinergiques, les antidépresseurs tricycliques et les inhibiteurs sélectifs de la recapture de la sérotonine (ISRS).

Les difficultés consistent en un ralentissement moteur et en des difficultés de coordination. Elles se présentent d'abord avec les liquides, puis aux stades plus évolués de la maladie, la mastication devient de plus en plus difficile et les fausses-routes plus nombreuses, jusqu'à interdire l'alimentation par voie orale qui devient trop dangereuse.

b. Accidents vasculaires cérébraux

Les accidents vasculaires cérébraux sont particulièrement fréquents chez les personnes âgées de plus de 65 ans, comme nous l'avons noté plus haut. Leurs complications sont également plus nombreuses chez les personnes de plus de 65 ans que chez les personnes plus jeunes.

Ils sont responsables de 40 à 70% des troubles de la déglutition (Allepaerts S, Delcourt S, Petermans J., 2008). Au stade initial de l'AVC, un trouble est retrouvé jusqu'à 79% des sujets, et persiste chez 25% des sujets dans les 6 mois suivant l'AVC. Pendant le premier mois suivant l'AVC, les pneumopathies d'inhalation représentent la 3ème cause de décès. Elles représentent 9% des patients dans la semaine suivant l'AVC et 20% dans les 6 mois suivants, leur fréquence augmentant avec l'âge des patients.

c. Affections de la sphère ORL et des VADS

Les tumeurs des voies aérodigestives supérieures peuvent causer des troubles de la déglutition, en raison des conséquences de leurs traitements, chirurgical ou radiothérapeutique.

Le diverticule de Zenker est également particulièrement fréquent dans la population âgée.

d. Pathologies iatrogènes

La présence d'une canule de trachéotomie dans le larynx peut entraver sa mobilité et donc les mécanismes de protection des voies aériennes. Les sondes naso-gastriques, en causant une incompetence du SSO, favorise le reflux et l'inhalation de contenu gastrique. De plus, la présence de ces matériels dans les voies aérodigestives réduit la sensibilité de cette région et peut donc altérer le déclenchement du réflexe de déglutition.

Les effets indésirables de certains médicaments peuvent favoriser l'apparition de la dysphagie. Ils sont très importants à prendre en cause car il s'agit de traitements fréquemment prescrits aux personnes âgées.

L'effet des médicaments sur la déglutition relève de différents mécanismes :

- par xérostomie ou défaut de production salivaire : traitements anticholinergiques (antihistaminiques, antidépresseurs tricycliques, neuroleptiques, anti émétiques, agents contenant de l'atropine, anti diarrhéiques, antiparkinsoniens et diurétiques...).
- par dyskinésies, dystonies, syndrome extrapyramidal iatrogène, neuropathie (aminosides), myopathies (corticoïdes, colchicine, hypolipémiants), ou par altération de la sensibilité bucco pharyngée (stomatites toxiques, immunoallergiques).
- par sécheresse buccale ou candidoses oropharyngées comme tous les traitements inhalés (décongestionnants ORL, vasoconstricteurs, corticoïdes, mucolytiques ou fluidifiants...).
- par altération ou dépression du système nerveux central et du niveau de vigilance (benzodiazépines, anticonvulsivants, antipsychotiques, opiacés, lithium...).
- traitements agissant sur le sphincter inférieur de l'œsophage et provoquant un reflux gastro-œsophagien (théophylline, dérivés nitrés, inhibiteurs calciques...) ou provoquant une œsophagite (anti-inflammatoires non stéroïdiens, corticoïdes, biphosphonates...).

3. Symptômes des troubles de la déglutition chez le sujet âgé

Les troubles de la déglutition sont souvent variables chez le sujet âgé. Ils varient selon les jours et le moment de la journée, selon la fatigue et le niveau de vigilance. Le positionnement influe également sur ces troubles. L'évolution des pathologies couramment rencontrées chez la personne âgée est souvent à l'origine d'une aggravation de la dysphagie.

Symptômes spécifiques

Le terme de symptômes spécifiques regroupe les symptômes directement liés à un trouble de la déglutition. Ils comprennent :

- Douleur ou gêne en avalant
- Reflux d'aliments par le nez
- Fuites alimentaires par la bouche
- Blocages alimentaires au cours des repas
- Toux au cours des repas, plus ou moins importante,
- Modification de la voix : voix voilée ou mouillée
- Suffocations

Symptômes non spécifiques

Ils rendent compte des retentissements organiques et sociaux et informent sur la gravité du trouble et sur sa tolérance.

- Bavage
- Raclements de gorge lors de la prise d'aliments
- Résidus alimentaires en bouche
- Déglutitions multiples
- Maintien prolongé des boissons ou des aliments en bouche
- Réduction des prises alimentaires
- Allongement de la durée des repas
- Refus de participer à des repas en commun
- Modifications respiratoires lors des repas ou de la boisson

- Episodes fébriles inexpliqués
- Encombrement bronchique fréquent
- Pneumopathies récidivantes
- Difficultés à prendre les médicaments
- Amaigrissement, dénutrition, déshydratation, altération de l'état général

V. Conséquences et complications de la dysphagie

Les conséquences induites par les troubles de la déglutition sont nombreuses, et altèrent l'espérance de vie, et la qualité de vie.

1. Complications respiratoires aiguës et chroniques

Les complications respiratoires induites par un trouble de la déglutition peuvent être de type aigu ou chronique.

Complications respiratoires aiguës

On trouve 3 tableaux cliniques majoritaires de complications aiguës.

La première est l'inhalation trachéobronchique d'un corps étranger (souvent alimentaire). Les symptômes varient selon le volume du corps ingéré, allant du syndrome de pénétration (suffocation, toux, dyspnée, désaturation) à l'asphyxie mortelle. Les facteurs de risque de ces inhalations sont les pathologies neurologiques (malade de Parkinson, maladie d'Alzheimer et AVC), la prise de traitements sédatifs, l'alimentation semi-solide (purée, viande hachée, marmelade de fruits) et le mauvais état bucco-dentaire des sujets (Berzlanovich et al.,2005).

Le syndrome de Mendelson est un autre tableau clinique de manifestations aiguës. Il s'agit d'une pneumopathie chimique secondaire à l'inhalation du contenu gastrique trop acide. Ce syndrome représente 10% des causes de Syndrome de Détresse Respiratoire (SDRA). Selon une étude de 2005, ce type de pneumopathie est plus fréquent en EHPAD que la pneumopathie d'inhalation.

L'infection des voies aériennes basses constitue le troisième tableau. Souvent récidivante, elle associe des manifestations d'infection avec un aspect radiologique compatible. Elle est cependant plus compliquée à appréhender que les autres car elle ne peut pas être systématiquement rapportée à un trouble de la déglutition.

Complications respiratoires chroniques

Une pneumopathie d'inhalation est attestée par des symptômes d'infection des voies aériennes inférieures associés avec un épisode d'inhalation confirmé ou suspecté. Elle se développe lorsqu'il y a aspiration dans le larynx et le tractus respiratoire inférieur du contenu oropharyngé préalablement colonisé par des germes pathogènes. (Puisieux et al., 2009).

L'incidence des pneumopathies augmente avec l'âge, le risque étant 6 fois plus grand chez les plus de 75 ans que chez les moins de 60 ans. Elle est également plus élevée chez les personnes en institution.

2. Impacts sur la nutrition et l'hydratation

Les troubles de la déglutition sont notés par la Haute Autorité de Santé comme faisant partie des facteurs de risque de dénutrition pour les personnes âgées. En altérant l'efficacité de la déglutition, ils affectent la prise alimentaire et réduisent les apports alimentaires et hydriques.

La dénutrition est définie ainsi :

Dénutrition	Dénutrition sévère
<ul style="list-style-type: none"> • Perte de poids : $\geq 5\%$ en 1 mois, ou $\geq 10\%$ en 6 mois • Indice de masse corporelle : IMC < 21 • Albuminémie ¹ < 35 g/l • MNA global < 17 	<ul style="list-style-type: none"> • Perte de poids : $\geq 10\%$ en 1 mois ou $\geq 15\%$ en 6 mois • IMC < 18 • Albuminémie < 30 g/l

(source : HAS)

Les conséquences cliniques de la dénutrition sont nombreuses :

- retard de cicatrisation
- escarres
- diminution de la masse et de la force musculaire
- atteintes neurologiques et cognitives
- irritabilité, tendance dépressive
- atteintes endocriniennes
- anémie
- modification de l'effet des traitements médicamenteux
- augmentation de la morbidité
- perte d'autonomie et diminution de la qualité de vie

En institution, environ 27% des résidents sont en situation de dénutrition.(J.-C. Desport et al., Nutrition clinique et métabolisme, mai 2010).

La déshydratation correspond à un manque d'eau et de sels minéraux dans le corps. Les personnes âgées y sont particulièrement sensibles, la sensation de soif étant souvent retardée ou peu marquée. Elle touche 35 à 85% des personnes âgées en institution (Panther, 2005).

La déshydratation grave entraîne une perte de poids, qui lorsqu'elle est supérieure à 10%, peut compromettre le bon fonctionnement des organes vitaux. Comme la dénutrition, elle est la cause de nombreuses complications :

- infections des voies urinaires
- constipation
- vertiges
- désorientation
- maux de têtes
- apathie, grande faiblesse
- confusion et léthargie
- faiblesse
- insuffisance rénale aiguë

- altération de la fonction cardiaque

3. Conséquences sociales

Le repas est un vecteur de lien social, avec une forte valeur symbolique. Les aliments renvoient à une appartenance culturelle, religieuse ou sociale. Partager un repas apporte du lien social, de l'interaction, du partage et de la convivialité. L'alimentation est très liée aux sentiments de santé et de sécurité (Gustaffson et Tibbling, 1991). L'importance symbolique du repas est accentuée avec le vieillissement. En institution, les repas peuvent également avoir une dimension festive favorisant l'échange et la communication.

La dysphagie a un impact sur la famille du sujet, les troubles étant souvent mal compris par l'entourage. Ils sont parfois niés par la famille qui ne suit pas les recommandations médicales, entraînant des complications. Ils peuvent également être source de désarroi, vecteur d'un sentiment d'inutilité. La personne âgée peut ressentir de la honte de manger devant ses proches, être isolée du fait de ses troubles. La dysphagie peut être porteuse de contraintes pour l'entourage (par exemple la modification des textures), exigeant plus de temps et d'énergie pour la préparation des repas. Les habitudes alimentaires familiales sont modifiées, et peuvent perturber les membres de la famille. Certains proches peuvent avoir des difficultés à manger avec un proche présentant une dysphagie ; elles ressentent de la honte ou de la gêne vis-à-vis des troubles.

4. Conséquences psychologiques

Les difficultés engendrées par les troubles de la déglutition ont un impact psychologique important sur les personnes, pour qui chaque repas est un rappel de leur vulnérabilité (Jacobsson et al., 2000). Ils peuvent éprouver un sentiment d'impuissance face à leurs difficultés, et craindre le jugement des autres. Manger avec autrui est source d'appréhension, et les personnes essayent de cacher ou de minimiser leurs symptômes. La toux est particulièrement embarrassante en public (Martino et al., 2010).

Les personnes ressentent de la peur vis à vis de l'alimentation car ils craignent la toux et les fausses-routes. Cette crainte est majorée chez les personnes faisant des fausses-routes à

la salive (Davis, 2008 ; Jacobsson et al., 2000). L'anxiété est souvent une conséquence des troubles de la déglutition. Elle est plus présente chez les patients dont le trouble est récent (moins de 3 mois), car ils ne savent pas compenser leur trouble et se sentent particulièrement démunis et dépendants des aidants. Les personnes dont le trouble est plus ancien ont un meilleur contrôle de leur trouble du fait de leur expérience.

La dysphagie est souvent corrélée avec des troubles de type dépressif (Plowman-Prine et al., 2009). On la retrouve surtout chez les personnes souffrant de troubles chroniques. Cette chronicité prive les patients d'une certaine diversité alimentaire et des aliments qu'ils désirent, entraînant un sentiment de privation, de nostalgie, et également de frustration. On trouve aussi chez ces personnes un sentiment d'inquiétude pour l'avenir.

La dysphagie s'accompagne progressivement d'un sentiment de lassitude, renforcé par la lenteur et la fatigue accrue des patients pendant les prises alimentaires (Plowman-Prine et al., 2009).

Ces répercussions psychologiques ont pour principales conséquences une réduction des quantités alimentaires chez plus de 50% des patients (Ekberg et al., 2002), une baisse du plaisir de manger (Davis, 2008) et une baisse de l'estime de soi (Gustaffson et Tibbling, 1991).

L'INSTITUTION GERIATRIQUE

I. Les établissements d'hébergement pour personnes âgées (EHPA)

La notion d'institution gériatrique couvre l'ensemble des établissements médico-sociaux ou de santé accueillant des personnes âgées. Il s'agit des trois types d'établissements suivants :

- Les maisons de retraite : lieux d'hébergement collectif assurant une prise en charge globale de la personne âgée (lieu de vie, de soin et assurant divers services)
- Les Résidences avec services et les Foyers-Logements : groupes de logements autonomes comprenant des services collectifs et des équipements
- Les Unités de Soins de Longue Durée (USLD), anciennement « longs séjours » : structures médicalisées accueillant les personnes âgées les plus dépendantes

II. Présentation des EHPAD

1. Définition des EHPAD

Les EHPAD existent depuis 2001 et la réforme de la tarification. Il peut s'agir de structures publiques (hospitalière ou non), de structures privées à but lucratif (commerciaux) ou associatif (fondations, associations). Ils accueillent en majorité des personnes âgées et dépendantes ; pour y être accueilli, il faut avoir plus de 60 ans et être en situation de perte d'autonomie. Ils doivent justifier d'équipements adaptés et de personnel médical et paramédical.

Une étude de la DREES dénombrait, en 2011, 10481 EHPA. 7752, soit 82% des EHPA, sont devenus des EHPAD à la suite d'une convention tripartite (Volant, 2014). Il s'agissait majoritairement de maisons de retraite.

2. Statut légal

Les EHPAD sont réglementés par la loi de janvier 2002, dite loi de rénovation de l'action sociale et médico-sociale. Leur fonctionnement est régi par le Code de l'action sociale et des familles. Leur création est soumise à une procédure d'autorisation préalable conjointe du Président du Conseil général et du Directeur Général de l'Agence régionale de Santé.

Le statut légal des EHPAD est défini par la convention tripartite, signée entre l'établissement, le Conseil Général et l'Agence régionale de Santé. Cet accord fixe, pour une durée de 5 ans, la prise en charge des résidents, les soins et les budgets de fonctionnement. Pendant ces 5 ans, l'EHPAD s'engage à respecter un cahier des charges et une démarche qualité.

3. Tarification

Les prestations sont classées en 3 grandes catégories de tarification.

Le tarif hébergement

Ce tarif comprend l'intégralité des prestations d'administration générale, d'hôtellerie, de restauration, d'entretien et d'animation. Il n'est pas lié à l'état de dépendance de la personne âgée et est donc identique pour tous les résidents d'un même établissement bénéficiant d'un même niveau de confort.

Le tarif dépendance

Il couvre les prestations d'aide, d'accompagnement et de surveillance nécessaires à l'accomplissement des actes de la vie courante. Il est évalué par un médecin en fonction du degré de dépendance de la personne âgée, à partir d'une grille nationale d'autonomie, avec trois niveaux : GIR 1-2, GIR 3-4 et GIR 5-6. Ainsi, plus le résident est dépendant, plus le coût est élevé. Ce coût est fixé annuellement par le président du département. Il est acquitté par le résident et peut être en partie financé par l'allocation personnalisée d'autonomie (APA) pour les résidents en GIR 1 à 4.

Le tarif soin

Le tarif soins recouvre l'intégralité des dépenses de fonctionnement de l'établissement relatives aux charges du personnel ; sont compris les soins de base et les soins techniques.

Les soins techniques correspondent aux prestations médicales et paramédicales pour les affections somatiques et psychiques effectuées par les IDE, médecins et paramédicaux.

Les soins de base sont les prestations paramédicales relatives aux soins liés à l'état de dépendance du résident.

Ce tarif est directement réglé à l'établissement par l'Assurance maladie, le résident n'a donc rien à payer, à l'exception des consultations de médecins généralistes ou spécialistes de ville qui ne sont pas incluses dans ce tarif et sont donc à sa charge. Il est fixé par circulaire ministérielle.

4. Les types de prise en charge

L'EHPAD est un lieu de vie, où la personne âgée est qualifiée de résident et non pas de patient, et également un lieu de soin. La prise en charge comprend donc deux aspects, celle de la vie quotidienne et celle du soin. Ces deux aspects se retrouvent dans le projet d'établissement, constitué du projet de vie et du projet de soin.

III. L'équipe pluridisciplinaire

1. Le personnel médical

Le médecin traitant

Les résidents conservent leur médecin traitant à leur entrée dans l'EHPAD, qui continue d'assurer le suivi et les prescriptions. Les médecins traitants doivent adhérer au règlement intérieur de l'institution, en tant que libéraux intervenant dans l'EHPAD, afin de reconnaître la mission du médecin coordinateur.

Le médecin coordinateur

Les EHPAD doivent également disposer d'un médecin coordinateur compétent en gériatrie. Les missions et fonctions du médecin coordinateur ont été définies en 1999. Il est l'interlocuteur médical du directeur de l'établissement, et peut être le médecin traitant d'un ou plusieurs résidents.

Ses missions sont les suivantes (Kaltenbach, et Berthel, 2005) :

- définir avec l'équipe soignante les priorités de soins
- faciliter les relations avec les autres partenaires de soins externes à l'institution, notamment les médecins libéraux ;
- contribuer à une bonne organisation de la permanence des soins ;
- participer à la formation gérontologique continue du personnel soignant ;
- donner son avis sur les admissions et les critères d'évaluation des soins.

2. Le personnel soignant

L'infirmier ou infirmière coordinatrice (IDEC)

Son rôle est de coordonner les soins et l'équipe soignante, de s'assurer de la continuité des soins et du respect des prescriptions. Elle participe à l'élaboration du projet de soin et de vie en collaboration avec le médecin coordinateur. Elle a un important rôle d'accueil et d'accompagnement des résidents et de leurs familles. Elle participe à l'évaluation des résidents (le GIR par exemple), de la gestion de l'urgence et de la fin de vie.

Une autre de ses missions est la gestion de la qualité. Elle participe à la mise en place des protocoles (nutrition, hygiène) et à leur respect et évaluation, à la gestion des risques (prévention des chutes, des accidents, de la maltraitance), aux déclarations obligatoires (pharmacovigilance, maltraitance). Elle veille au respect physique et moral des résidents et au secret médical.

Elle a également un rôle logistique concernant les repas, au niveau de la commande et du respect des régimes et adaptations alimentaires, et participe à la commission des menus de l'établissement avec le médecin coordinateur et le chef de cuisine.

Elle organise le travail des IDE, AS et AMP et gère le service paramédical. Elle accompagne également les projets individuels de formation des professionnels.

Elle participe également aux projets d'animation de l'établissement.

Les infirmier(e)s

Le rôle des infirmiers et infirmières est défini par le décret du 29 juillet 2004 du Code de la Santé Publique (articles R-4311-1 à R-4311-6). Leur mission est d'assurer « *les soins liés aux fonctions d'entretien et de continuité de la vie et visant à compenser partiellement ou totalement un manque ou une diminution d'autonomie d'une personne ou d'un groupe de personnes.* » (art. R-4311-3). L'infirmier ou l'infirmière « *accomplit les actes ou dispense les soins suivants visant à identifier les risques et à assurer le confort et la sécurité de la personne et de son environnement et comprenant son information et celle de son entourage* » (art. R-4311-5).

Le code de la santé publique définit deux rôles, le rôle propre et le rôle délégué.

Le rôle propre de l'infirmier est sa compétence pour accomplir les soins (préventifs, palliatifs ou curatifs) qu'il juge nécessaire, après avoir identifié les besoins du résident, posé un diagnostic infirmier et formulé des objectifs de soins.

Les soins relevant du rôle propre sont au nombre de 42. Nous citons ci-dessous uniquement les soins nous intéressant par rapport aux troubles de la déglutition :

2 : Surveillance de l'hygiène et de l'équilibre alimentaire

7 : Administration de l'alimentation par sonde gastrique

8 : Soins et surveillance des patients en assistance nutritive entérale et parentérale

12 : Installation du patient dans une position en rapport avec sa pathologie et son handicap

19 : Recueil des observations de toute nature susceptibles de concourir à la connaissance de l'état de santé de la personne et appréciation des principaux paramètres servant à sa surveillance (dont le poids)

28 : Soins de bouche avec application de produits non médicamenteux

35 : Surveillance des fonctions vitales et maintien de ces fonctions par des moyens non invasifs et n'impliquant pas le recours à des médicaments

Les soins relatifs au rôle délégués sont ceux que l'infirmier réalise en application d'une prescription médicale ou d'un protocole écrit signé par un médecin. Le CSP en décrit 43, dont les deux suivants qui se rapportent aux troubles de la déglutition :

14 : Pose de sondes gastriques

25 : Soins de bouche avec application de produits médicamenteux et, en tant que de besoin, aide instrumentale

Les aides soignant(e)s

Leur rôle est défini par l'arrêté du 22 octobre 2005 relatif à la profession d'aide-soignant. Les aides-soignant(e)s effectuent leur travail en collaboration avec l'infirmier et également sous sa responsabilité. Ils prennent en charge les soins de confort et d'hygiène, les soins liés à la toilette, à l'élimination et au sommeil.

Ils entretiennent l'environnement des résidents et le matériel de soins, et participent à la transmission des informations.

Ils assurent les soins d'alimentation et d'hydratation, ainsi que le décrit l'arrêté de 2005 :

- Installer et préparer la personne pour le repas au lit, assis en chambre ou en salle
- Aider au choix et à la commande des repas
- Présenter et vérifier le plateau
- Desservir les repas et réinstaller la personne
- Apporter une aide partielle ou totale à la prise de repas et à l'hydratation régulière

Les aides médico-psychologiques (AMP)

Les AMP ont, comme les aides-soignant(e)s, le rôle de réaliser les soins de toilette et d'aider à la préparation, la prise et la surveillance des repas. Ils aident à la réalisation des actes quotidiens. Ils peuvent également organiser des activités liées à la vie sociale ou aux loisirs, pour stimuler les fonctions cognitives et l'autonomie des résidents.

Les agents des Services Hospitaliers Qualifiés (ASHQ)

Ces soignants sont en charge de la propreté des locaux de l'EHPAD (chambres des résidents, couloirs, sanitaires,...). Ils participent à la distribution des repas et peuvent aider les résidents pendant les prises alimentaires si nécessaire. Ils peuvent également assister les aides-soignants.

3. Le personnel paramédical

Kinésithérapeute

La profession de masseur-kinésithérapeute est définie par l'article L-4321-1 du Code de la santé publique.

En EHPAD, il intervient principalement à titre rééducatif et préventif. Les actes les plus courants sont la rééducation après un accident, la rééducation de l'équilibre, le reconditionnement à l'effort et l'aide au maintien du confort. La prévention consiste en des exercices de renforcement musculaire ou des ateliers de prévention des chutes par exemple.

Les kinésithérapeutes interviennent également dans le cadre des troubles de la déglutition en proposant du travail respiratoire.

Diététicien

La profession de diététicien est définie par la loi du 14 novembre 2005.

Son rôle est de couvrir les besoins nutritionnels des résidents par une alimentation variée et agréable pour assurer le maintien de leur intégrité physique tout en essayant de conserver l'aspect convivial des repas. Il élabore les menus et les fiches techniques en collaboration avec le chef de cuisine, adapte l'alimentation aux spécificités de la personne âgée, tout en respectant les goûts et habitudes des résidents.

Le diététicien est responsable de la qualité alimentaire.

Il a également pour mission d'informer et de former le personnel soignant et de cuisine, ainsi que les familles et les patients.

En EHPAD, la collaboration entre l'orthophoniste et le diététicien est très importante, pour mettre en place des adaptations ou des actions spécifiques.

Ergothérapeute

L'ergothérapeute a pour missions d'améliorer l'autonomie des résidents et de mettre en œuvre des actions de réadaptation, de rééducation, de prévention, de confort et de sécurité, afin de maintenir des activités physiques et psycho-sociales et de limiter les complications liées aux pathologies du sujet âgé.

Il renforce et stimule l'autonomie dans les activités quotidiennes. Il s'occupe également de la prévention de la douleur et de la désadaptation motrice en proposant une installation qui préserve au maximum l'autonomie de la personne. Il propose également de la rééducation par le biais d'activités ou de la réadaptation en situation.

Il participe à la prise en charge des troubles de la déglutition en apportant des aides techniques pendant les repas (couverts adaptés,...) et en adaptant l'installation.

Psychologue

En EHPAD, le psychologue travaille avec les résidents, leurs familles et le personnel de l'institution.

Auprès des résidents, ses missions sont l'écoute et le soutien, pour les aider à s'adapter à leur nouvel environnement et écouter leur éventuel mal-être face au vieillissement, à la maladie ou au handicap. Il peut également évaluer les résidents et proposer des actions de stimulation, grâce à des ateliers mémoire ou des groupes de paroles.

Avec la famille, le psychologue a également un rôle de soutien, d'écoute et de déculpabilisation pour aider à renforcer la structure familiale et aider à accepter l'entrée en institution du parent. Il sert également à faciliter les échanges entre la famille et l'institution.

Il sert également de soutien pour l'équipe soignante. Il peut mettre en place des groupes de parole, écoute le vécu et la souffrance des soignants. Les troubles de la déglutition peuvent être une cause d'angoisse des soignants et donc participer à cette souffrance, en particulier chez les soignants accompagnant les résidents pendant la prise des repas. Il organise des synthèses pour les résidents posant des problèmes relationnels et des groupes d'examen de la pratique pour que le personnel réfléchisse à ses rapports avec les résidents.

L'orthophoniste

Selon l'article L 504-1 du Code de la Santé Publique, l'orthophoniste est un professionnel de santé qui : « exécute habituellement des actes de rééducation constituant en un traitement des anomalies de nature pathologique, de la voix, de la parole et du langage oral ou écrit hors la présence du médecin. ». Ses actes sont réalisés sur prescription médicale.

L'orthophoniste intervenant en EHPAD peut exercer en libéral ou en salarié d'une institution. La majorité des orthophonistes travaillant en EHPAD y exercent à temps partiel avec un statut libéral.

L'orthophoniste peut effectuer différents actes selon les pathologies présentées par les résidents. En EHPAD, on retrouve en majorité :

- bilan des troubles d'origine neurologiques
- bilan et rééducation des dysphagies et dysarthries
- rééducation des troubles du langage
- adaptation de la communication

Il peut également réaliser des actions de prévention et d'information de l'entourage des résidents, du personnel soignant et des professionnels intervenant auprès des résidents.

IV. La population accueillie en EHPA

1. Âge des résidents

En 2010, l'âge moyen est de 85,2 ans. Les plus de 85 ans représentent 65% des résidents en EHPAD en 2011 (ANESM, 2011).

2. Pathologies des résidents

Selon une étude de la DREES datant de 2011, en institution gériatrique, plus de huit résidents sur dix souffrent d'au moins une affection neuropsychiatrique, plus d'un tiers présentent un syndrome démentiel et/ou un état dépressif et environ un quart un état anxieux et/ou des troubles du comportement. Les trois quarts des résidents sont atteints d'au moins une affection cardiovasculaire, l'hypertension artérielle étant la plus fréquente de ces affections. Au total, en moyenne, les résidents cumulent six pathologies, essentiellement des pathologies chroniques stabilisées. En parallèle, environ quatre résidents sur dix ont une déficience intellectuelle, quatre sur dix, une déficience du comportement et quatre sur dix, une déficience motrice.

Cette enquête s'est intéressée plus spécifiquement aux résidents souffrant de démences. Elle a estimé qu'environ 240 000 des résidents en institution sont atteints de pathologies démentielles fin 2007, soit 36 % d'entre eux dans l'ensemble des établissements. Cette proportion s'élève à 42 % dans les seuls établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD) et elle atteint 50 % dans les EHPAD privés à but lucratifs.

Le tableau ci-dessous présente les pathologies des résidents en EHPAD en 2011 (DREES, 2011). Les chiffres y sont exprimés en pourcentages.

Proportion des résidents en EHPAD atteints d'une pathologie		
Groupes de pathologies	Pathologies	EHPAD
Affections cardio-vasculaires	Insuffisance cardiaque	23
	Coronopathie cardiaque	18
	HTA	52
	Trouble du rythme	23
	Phlébite	7
	Embolie	4
	Artériopathie chronique	10
	Hypotension orthostatique	3
	Autres	3
	Ensemble	76
Affections neuropsychiatriques	Malaise, vertige, perte de connaissance chronique	7
	Accident vasculaire cérébral	15
	Épilepsie focale ou généralisée	5
	Syndrome parkinsonien	8
	Syndrome confusionnel aigu	4
	Trouble du comportement	30
	État dépressif	36
	État anxieux	26
	Psychose, délire, hallucinations	16
	Syndrome démentiel	42
	Autres	9
	Ensemble	87
Affections broncho-pulmonaires	Broncho-pneumopathie	11
	Insuffisance respiratoire	5
	Embolie pulmonaire	2
	Autres	2
	Ensemble	18
Pathologies infectieuses	Syndrome infectieux général	1
	Syndrome infectieux localisé	4
	Infection urinaire basse	5
	Autres	1
	Ensemble	10
Affections dermatologiques	Escarres	5
	Autres	5
	Ensemble	11
Affections ostéo-articulaires	Pathologie de la hanche	20
	Pathologie de l'épaule	7
	Pathologie vertébro-discale	17

	Polyarthrite ou autre affection articulaire	17
	Autres	6
	Ensemble	49
Affections gastro-entérologiques	Ulcère gastro-duodéal	5
	Autre syndrome digestif haut	16
	Syndrome abdominal	19
	Affection hépatique, biliaire, pancréatique	6
	Dénutrition	12
	Autres	4
	Ensemble	44
Affections endocriniennes et métaboliques	Diabète	14
	Dysthyroïdie	10
	Trouble de l'hydratation/ trouble hydro-électrolytique	6
	Autres	2
	Ensemble	28
Affections uro-néphrologiques	Rétention urinaire	2
	Insuffisance rénale	9
	Incontinence urinaire	37
	Autres	3
	Ensemble	45
Affections en hématologie et cancérologie	Anémie	8
	Cancer	9
	Hémopathie maligne	1
	Syndrome inflammatoire	1
	Autres	1
	Ensemble	17
Pathologie oculaire		21
Etat régressif		11
Etat grabataire		20
Autre(s) pathologie(s)		3
Etat terminal		2
Absence de pathologie		0

Source : DREES, 2011

Le tableau suivant présente la corrélation entre les pathologies représentées en EHPAD et les troubles de la mastication et de la déglutition. On constate ainsi que le risque de présenter un trouble est 6,1 fois plus élevé lorsque le résident est dans un état grabataire et 5,9 fois plus élevé en cas d'affections neuro-psychiatriques.

Rapport entre le risque de trouble de la déglutition et de la mastication et les groupes de pathologies		
Groupes de pathologies	Troubles de la mastication	Troubles de la déglutition
Affections cardio-vasculaires	0,8	0,8
Affections neuro-psychiatriques	3,2	5,9
Affections broncho-pulmonaires	1,2	1,6
Affections infectieuses	1,5	2
Affections dermatologiques	2,3	2,6
Affections ostéo-articulaires	1,1	1
Affections gastro-entérologiques	2,2	2,3
Affections endocriniennes et métaboliques	1,5	1,7
Affections uro-néphrologiques	2,7	2,9
Affections en hématologie et cancérologie	1,2	1,4
Pathologies oculaires	1,2	1,1
États régressifs	2,7	3,1
États grabataire	4,4	6,1

Source : DREES, 2011

L'intérêt de ce tableau est de rappeler que la population des EHPAD est particulièrement à risque de développer des troubles de la déglutition. C'est pourquoi la prévention a un rôle très important à jouer auprès des institutions gériatriques.

LA PRISE EN CHARGE DE LA DYSPHAGIE EN EHPAD

I. Une démarche palliative et écologique

La prise en charge des personnes âgées se situe moins dans une démarche curative ayant pour but de soigner que dans un cadre global d'accompagnement du vieillissement. La prise en charge de la dysphagie s'insère dans cette démarche.

1. La démarche palliative

Selon la Société Française d'Accompagnement et de soins Palliatifs (SFAP), « *les soins palliatifs sont des soins actifs délivrés dans l'approche globale de la personne atteinte d'une maladie grave* » (cité par Brabant, 2012). Les soins palliatifs ne sont donc pas limités à l'accompagnement des patients en fin de vie, mais concernent également les patients souffrants de maladies chroniques, comme de nombreuses personnes âgées dysphagiques (maladie neurodégénératives, ...). Les soins palliatifs prennent en charge le patient dans sa globalité.

Ils comprennent (Soins palliatifs, Centre national de ressources) :

- les soins médicaux prodigués par les équipes soignantes
- un accompagnement global de la personne malade par toutes les personnes qui interviennent auprès d'elle, notamment sa famille et ses proches, mais aussi des professionnels d'horizons divers - psychologue, assistante sociale, etc. - ou des bénévoles,
- un soutien relationnel et social des proches.

La démarche de soins en gériatrie peut donc être qualifiée de palliative. De nombreuses applications découlent de cette démarche :

- Refuser l'acharnement thérapeutique d'une part et l'abandon d'autre part : recherche de la meilleure qualité de vie possible pour le patient.
- Éviter « *l'application routinière et sans discernement des protocoles de soins* » (Rousselot, Lacave & Al., 2012) : être à l'écoute du patient, appliquer les données techniques et scientifiques au cas particulier qu'il constitue.
- Favoriser l'interdisciplinarité et le travail en équipe, ainsi que la formation des soignants.

2. La démarche écologique

La prise en charge des personnes âgées peut également être qualifiée d'écologique car elle prend en compte le résident au sein de l'environnement dans lequel il vit, ici l'institution gériatrique et les soignants.

Dans le cadre des troubles cognitifs et des troubles de la communication chez les patients déments, il a été décrit la possibilité et l'intérêt d'une « *thérapie écosystémique* » (Rousseau, 2007) spécifique à ce type de pathologie. Elle a été développée dans le domaine de l'orthophonie et se propose d'agir, non pas directement sur l'atteinte neurologique (facteurs proximaux, peu réceptifs à une thérapie), mais sur les facteurs environnementaux (facteurs distaux).

En effet, si elle prévoit des temps d'intervention auprès du patient, elle se place principalement au niveau d'une intervention auprès de son entourage familial et professionnel. On part du principe que, comme le patient a des capacités d'adaptation très restreintes, ce n'est pas à lui que l'on va demander de s'adapter au trouble, mais à l'entourage. C'est ce dernier qui devra modifier son comportement de communication pour l'adapter à celui du patient. La place de l'information de la famille et, si le patient vit en institution, des soignants, est donc prépondérante. Dans le cadre de l'institution, il est recommandé de prendre le temps d'informer l'ensemble des membres de l'équipe, et de travailler plus particulièrement avec une personne-ressource.

II. La prévention des troubles de la déglutition

1. Définition de la prévention

La prévention est ainsi définie par l'OMS en 1948 : « *La prévention est l'ensemble des mesures visant à éviter ou réduire le nombre et la gravité des maladies, des accidents et des handicaps.* »

On distingue trois types de prévention.

- La prévention primaire : c'est l'ensemble des actes visant à diminuer l'incidence d'une maladie dans une population et donc à réduire les risques d'apparition de nouveaux cas. Ce stade de la prévention comprend la prise en compte des conduites individuelles à risque, des risques environnementaux et sociétaux.
- La prévention secondaire : Son objectif est de réduire la prévalence d'une maladie dans une population. Ce stade recouvre les actes destinés à agir au tout début de l'apparition du trouble ou de la pathologie afin de freiner son évolution ou encore pour faire disparaître les facteurs de risque.
- La prévention tertiaire : Elle intervient à un stade où il importe de diminuer la prévalence des incapacités chroniques ou des récurrences dans une population et de diminuer les complications, invalidités ou rechutes consécutives à la maladie. Son but est de réduire les effets de la maladie.

2. Application de la prévention aux troubles de la déglutition en EHPAD

Prévention primaire

La prévention primaire a pour but de diminuer l'incidence des troubles de la déglutition au sein de l'institution, donc de réduire le risque d'apparition de nouveaux cas. Cette prévention concerne l'institution dans son fonctionnement global et également tous les acteurs soignants. Elle va consister à favoriser des bonnes pratiques pour diminuer le risque

iatrogène.

Au niveau de l'institution, l'intérêt sera porté sur la mise en place d'un environnement favorable, et sur l'utilisation d'aliments adaptés.

Pour les soignants, la prévention se situera au niveau de leur formation et de leurs connaissances au sujet de l'attitude et du positionnement lors de l'aide au repas, de l'installation du résident, des postures de tête adaptées et de l'hygiène bucco-dentaire.

Prévention secondaire

Le but de ce stade de la prévention est de réduire la prévalence des conséquences des troubles de la déglutition (malnutrition, pneumopathies d'inhalation,...) en diminuant les complications de ces troubles. La prévention secondaire s'appuie sur le repérage et le dépistage des troubles de la déglutition.

Notre projet s'inscrit dans cette démarche de prévention secondaire, en proposant un protocole de dépistage et de prévention des complications de la dysphagie, ainsi que les premières conduites à tenir en cas de trouble avéré.

Les personnes âgées hébergées en EHPAD constituant une population particulièrement à risque de développer des troubles de la déglutition, la prévention secondaire et le repérage des troubles sont très pertinents à mettre en place dans le système de l'institution gériatrique.

Prévention tertiaire

Elle consiste en l'application de conduites à tenir auprès des patients repérés et à une surveillance des patients considérés comme à risque, dans l'objectif de réduire les complications des troubles.

Pour mettre en place ces conduites, l'institution doit avoir à disposition des moyens techniques adaptés :

- matériel d'adaptation des textures : épaississants, liquides modifiés

- compléments alimentaires
- couverts adaptés
- aides à la posture

Les soignants doivent être capables de repérer les résidents à risque, connaître les mesures adaptées et savoir les appliquer en pratique.

3. Le dépistage de la dysphagie

Comme nous l'avons expliqué plus haut, le dépistage appartient à la prévention secondaire. Il sert à reconnaître les résidents les plus à risque de présenter un trouble de la déglutition. Dans ce but, il est indispensable de surveiller tous les résidents, afin d'effectuer un dépistage efficace, et d'impliquer tous les soignants travaillant au quotidien avec les résidents, et en particulier ceux assistant les personnes pendant les repas.

Le dépistage est rarement effectué à l'initiative du résident, mais plutôt à la demande des soignants ou du médecin. Cependant, pour pouvoir identifier les signes d'un trouble et repérer les résidents à risque, il faut avoir les connaissances nécessaires. On voit ici l'importance de la formation des soignants, et surtout des AS et ASH qui sont les plus amenés à assister les résidents pendant les repas.

Après le dépistage vient l'évaluation, auprès des personnes reconnues comme étant susceptibles de présenter un trouble. Cette dernière est la seule à pouvoir affirmer la présence d'un trouble, et permettra d'établir une démarche thérapeutique adaptée.

III. Les actions thérapeutiques en cas de trouble de la déglutition

Lorsqu'un trouble de la déglutition est révélé, l'institution dispose de différents moyens thérapeutiques à mettre en place pour le résident.

Ces moyens sont de trois types : les stratégies d'adaptation, la rééducation et les traitements médicamenteux et chirurgicaux.

1. Les stratégies d'adaptation

Ces mesures sont particulièrement utilisées en institution gériatrique, car elles nécessitent peu ou pas de participation du résident et pas d'apprentissage, ce qui les rend faciles à mettre en place. Elles entrent dans la démarche palliative car leur objectif est de maintenir le confort du résident tout en accompagnant l'évolution de son trouble. C'est aussi le volet de la prise en charge qui va le plus impliquer l'entourage du patient dont fait partie le personnel soignant.

a. Les mesures d'hygiènes bucco-dentaires

L'hygiène buccale nécessite une vigilance accrue pour les personnes en perte d'autonomie pour leurs soins personnels. Il semble important, en plus de leur proposer une aide adaptée pour les soins bucco-dentaires, de surveiller l'état dentaire de ces personnes par des visites plus fréquentes chez le dentiste.

Par ailleurs, il convient de rappeler ici l'importance particulière des soins de bouche chez les patients en fin de vie, du fait de leur impact sur le confort du patient et sur la prévention des fausses routes. (Tison, 2003)

b. Les mesures d'aménagement des temps de repas

L'environnement

L'aménagement de l'environnement consiste à instaurer une atmosphère calme, favorisant la concentration et évitant les sources de distractibilité.

On veillera donc aux points suivants :

- éviter le bruit : télévision, radio, portes ouvertes sur le couloir lors des prises de repas en chambre
- rassurer le résident, lui donner des consignes simples et claires
- prendre en compte l'éventuelle anxiété du résident

- respecter le rythme de la personne, ne pas se précipiter, surtout en cas d'aide à la prise alimentaire
- si possible, faire en sorte que le même résident soit aidé par le même soignant d'une fois sur l'autre

Installation

L'installation du résident est très importante à prendre en compte.

- position assise ou semi-assise, avec le dos relevé à 45° au minimum
- tête dans l'alignement du corps et légèrement fléchie
- pieds posés au sol
- en cas d'aide à la prise alimentaire, installation de l'aidant à la hauteur du résident, de façon à lui présenter horizontalement l'ustensile pour éviter une extension cervicale

Ces indications ne sont pas à appliquer de façon systématique ; en effet, il faut impérativement veiller à ce que les changements de posture ne génèrent pas une augmentation des tensions.

Matériel adapté

Les ustensiles servant à la prise alimentaire peuvent être adaptés en fonction des besoins du résident :

- table réglable en hauteur
- tapis antidérapants sur la table pour maintenir l'assiette et les couverts
- couverts adaptés aux capacités motrices des membres supérieurs
- verre échancré pour éviter une hyperextension de la tête

c. L'adaptation des aliments

Les modifications les plus courantes dans les régimes pour personnes atteintes de

dysphagie concernent les textures des aliments. Elles doivent être lisses et homogènes afin de réduire le risque de fausses-routes. L'adaptation la plus courante est la texture mixée (purées, viandes mixées, crèmes,...), mais on trouve également du haché et du mouliné. Cette texture est plus aisée à contrôler pendant la phase orale et sa progression dans le pharynx est ralentie.

On peut aussi adapter les quantités et fractionner les prises alimentaires en plusieurs prises plus petites, afin d'éviter une trop grande fatigabilité et d'optimiser les temps de repas.

Lorsque le trouble de la déglutition empêche d'apporter aux résidents des quantités suffisantes de nourriture, on peut proposer des compléments alimentaires, hypercaloriques ou hyperprotéinés. Ils se présentent sous forme de boissons, de crèmes desserts ou de poudre (à ajouter aux aliments).

Cependant, le choix de l'adaptation ne doit pas être effectué d'après l'application indifférenciée d'un protocole mais bien en rapport avec les résultats de l'évaluation du résident et de ses difficultés avérées. Ainsi, une étude américaine (Groher & Kaig, 1995) a mis en évidence, dans un service de soins prolongés, que 91% des patients ayant un régime mixé ou une alimentation entérale relevaient en fait d'adaptations moins strictes. Il est important de ne pas épaissir systématiquement les liquides ou de mixer les aliments car cela peut entraîner à un désintérêt du résident pour la nourriture, voire à une majoration de la dysphagie par manque de stimulation sensorielle.

D'autres modifications existent afin d'augmenter les propriétés stimulantes du bolus, favorisant l'intérêt du résident pour l'alimentation et l'initiation du réflexe de déglutition.

On peut notamment :

- préférer des préparations bien froides ou chaudes
- favoriser les plats avec un goût prononcé, qui permet d'activer les phénomènes de salivation, mastication et déglutition et de stimuler l'appétit.
- favoriser l'utilisation des épices, du poivre, des saveurs acides et salées (induisant des sécrétions salivaires fluides)
- limiter les saveurs sucrées et lactées (induisant une sécrétion salivaire plus épaisse)
- éviter les aliments secs glissant mal dans la bouche
- utiliser des corps gras pour rendre les préparations plus onctueuses

- éviter les aliments solides dispersibles en bouche ou à texture granuleuse
- éviter les aliments filandreux
- favoriser les textures homogènes, lisses, liées, pour éviter un émiettage dans la cavité buccale
- éviter la monotonie, source de lassitude et de perte d'appétit : rendre les plats appétissants en jouant avec les couleurs, la présentation, varier les recettes

d. L'alimentation artificielle

Quand les possibilités d'alimentation orale sont compromises et peu adaptées aux difficultés du patient, se pose la question de la mise en place d'une alimentation par sonde naso-gastrique ou gastrostomie. Selon de nombreux auteurs, cette question est sujette à controverse : elle soulève notamment des interrogations d'ordre éthique quand le patient ne peut donner un consentement éclairé. Par ailleurs, dans les situations de fin de vie, le recours à l'alimentation artificielle peut constituer un acte d'acharnement thérapeutique, alors que l'arrêt de celle-ci peut constituer un acte d'euthanasie en provoquant directement la mort.

On peut donc noter qu'il n'existe pas de réponse consensuelle à ce questionnement, mais il faut s'interroger sur les bénéfices et les effets secondaires d'une telle alimentation : si elle permet généralement d'améliorer l'état nutritionnel, elle comporte cependant des risques de reflux et d'inhalation du contenu gastrique, ainsi que de diminution de la sensibilité pharyngée (causée par la présence de la sonde).

e. L'information et l'éducation de l'entourage

Dans le terme entourage sont compris la famille mais également les professionnels présents au moment des prises alimentaires. La formation du personnel soignant a une grande importance dans la prise en charge des troubles de la déglutition. Cette partie sera détaillée plus bas.

2. Les techniques de compensation et la rééducation

Contrairement aux adaptations détaillées ci-dessus, ces techniques nécessitent une participation, plus ou moins importante, de la part du résident, ainsi que des capacités d'apprentissage. Leur application est donc plus difficile en gériatrie.

Les postures et manœuvres

Le but d'une posture « *est de réorienter le bol alimentaire en modifiant l'anatomie du pharynx* » (Jacquot, Pouderoux, & al., 2001). Les postures les plus utilisées sont :

- l'antéflexion de la tête : elle permet de ralentir la progression du bolus vers le pharynx
- la rotation de la tête du côté lésé ou paralysé en cas d'hémiplégie ou de chirurgie verticale du larynx.

Les manœuvres de déglutition « *consistent à utiliser certains procédés volontaires pour améliorer l'efficacité de la déglutition* » (Jacquot, Pouderoux, & al., 2001). Les plus courantes sont :

- la déglutition supraglottique,
- la déglutition supersupraglottique,
- la déglutition forcée,
- la déglutition multiple,
- la manœuvre de Mendelsohn.

Ces manœuvres nécessitent la coopération active du patient ainsi que l'apprentissage d'une séquence motrice plus ou moins complexe, et sont donc souvent difficiles à mettre en place chez la personne âgée.

La rééducation orthophonique

Le but de la rééducation est de « *modifier durablement la physiologie de la déglutition* » (Jacquot, Pouderoux, & al., 2001) en améliorant : la mobilité des joues, des lèvres, de la

langue, du voile du palais, l'élévation et la clôture laryngées, l'apnée volontaire et la toux, ... Elle fait appel à différents types d'exercices comme la mobilisation passive et active, la mobilisation contre résistance, la répétition de certains phonèmes, le contrôle proprioceptif...

Le désavantage de la rééducation, comme les techniques et manœuvres présentées plus haut, est la nécessité de mobiliser les capacités d'apprentissage et d'avoir un niveau cognitif suffisant. Elle est donc également peu aisée à proposer en gériatrie.

3. Les traitements médicamenteux et chirurgicaux

Les traitements médicamenteux sont encore très peu développés dans le domaine de la dysphagie. En revanche, l'effet négatif de certains traitements sur la déglutition, détaillé plus haut, peut amener à revoir leur prescription en cas de trouble.

Les traitements chirurgicaux sont, eux aussi, rares chez la personne âgée, les plus courants étant les traitements des dysfonctions du SSO et ceux des diverticules de Zenker.

IV. La formation des soignants

1. La dysphagie dans la formation initiale des soignants

La formation initiale des soignants au sujet des troubles de la déglutition est très hétérogène. Le niveau moyen de qualification des soignants en institution est faible. La formation initiale des AS et AMP, qui sont les professionnels les plus représentés auprès des résidents, dure environ un an, et les ASQH n'ont pas de formation initiale spécifique. Les infirmiers ont la formation la plus longue, avec 3 ans d'enseignements pratique et théorique.

La place des troubles de la déglutition dans cette formation est difficile à déterminer, mais il semble qu'ils soient très peu abordés. Il s'ensuit donc un manque de connaissances théoriques sur le terrain, alors que celles-ci sont nécessaires à la bonne prise en charge des résidents. Ce manque d'informations est particulièrement gênant du fait qu'il concerne les soignants qui sont le plus confrontés aux difficultés alimentaires des résidents. Outre la prise

en charge, il a également un impact important sur le repérage et le dépistage des troubles de la déglutition.

2. Les conséquences du manque de formation des soignants

Nous venons d'évoquer les conséquences sur le repérage, le dépistage et la prise en charge de la dysphagie. Mais le manque d'informations sur les troubles de la déglutition suscite également beaucoup d'inquiétude chez les soignants, qui peuvent se sentir démunis face à un trouble dont ils redoutent les conséquences graves et qu'ils ont le sentiment de ne pas savoir maîtriser. L'étouffement est la conséquence la plus crainte par les soignants. Les repas constituant un temps important de la vie en EHPAD, les difficultés alimentaires sont particulièrement anxiogènes. On note également les problèmes rencontrés lors de la prise des médicaments (Kelly, D'Cruz & al., 2010).

Un autre effet secondaire de ce manque d'informations peut être l'utilisation de pratiques inadaptées, qui peuvent même aggraver les troubles. Ces pratiques peuvent résulter d'idées reçues ne correspondant pas à la réalité de la physiologie de la déglutition, comme le fait de boire pour « faire passer » un solide. On constate également le mixage systématique des aliments au nom du principe de précaution, ou la méconnaissance de moyens simples pour limiter les troubles. (Ruglio, Fusari, & al., 2012).

3. Informer les soignants

Le rôle du médecin coordinateur

Comme nous l'avons détaillé plus haut, une des missions du médecin coordinateur est de participer à la formation gériatrique des soignants et à leur sensibilisation aux problématiques de ce domaine, dont font partie la nutrition et les troubles de la déglutition. Il a un rôle de formateur direct auprès des soignants et des professionnels libéraux intervenant dans l'institution, et collabore également à l'élaboration du plan de formation continue de l'établissement.

Formation continue

Face à ce problème, la solution la plus courante est alors d'informer le personnel sur la déglutition pour chercher à améliorer leurs pratiques et la prévention de la dysphagie et de ses complications. L'éducation des soignants est fréquemment citée parmi les mesures de prise en charge de la dysphagie en gériatrie (Capet & Delaunay, 2007; Botella-Trelis & Ferrero-Lopez, 2002; Jacquot, Poudroux & al., 2001 ; Woisard-Bassols & Puech, 2011). Ces formations sont axées sur l'amélioration des compétences individuelles des soignants. Leur but est de modifier les pratiques en apportant des informations théoriques et des recommandations.

Cependant, l'inconvénient majeur de ces formations est qu'elles se placent au niveau de l'individu et non pas de la structure. Ainsi, bien que très riches en informations, elles peuvent difficilement s'inscrire dans le fonctionnement de l'institution et pâtissent du turn over des soignants. Une formation axée uniquement sur l'éducation des soignants a des effets très limités sur la modification des pratiques (Boutouille, 2014). En ciblant seulement le personnel, elles ne prennent pas en compte la réalité et la spécificité de l'institution.

Dans l'optique d'inclure la prévention dans le système de l'institution gériatrique, on peut noter la création des Comités de Liaison Alimentation et Nutrition (CLAN) en 1994. Leur mission est de conduire des travaux portant sur l'alimentation et la nutrition, avec un souci de transdisciplinarité, de communication entre les différents professionnels impliqués dans l'alimentation (diététiciens, équipe soignante, personnel de cuisine, corps médical...). Un CLAN peut être mis en place dans des établissements de santé de tailles très diverses, qu'ils soient publics ou privés.

Notre projet s'inscrit également dans cette démarche en proposant un outil transdisciplinaire utilisable à l'échelle de la structure.

Le rôle de l'orthophoniste dans la formation

De par ses connaissances et ses compétences, l'orthophoniste a également un rôle d'information auprès des soignants, et de prévention des troubles de la déglutition et de leurs complications.

Son intervention peut se situer dans le cadre de la formation continue ou d'exposés

ponctuels proposés aux soignants. Pour plus d'efficacité en terme de prévention, elle peut également s'inclure dans la pratique quotidienne de l'institution : participation aux réunions de transmission, réponses aux questions des soignants au sujet de cas particuliers, transmissions écrites de séances de rééducation,...

PARTIE PRATIQUE

PRESENTATION DE L'ETUDE

Notre projet s'inscrit dans une démarche de prévention secondaire. Il propose le déroulement standardisé d'un outil de dépistage applicable aux résidents repérés comme étant à risque de développer des complications dues à la dysphagie.

L'idée de ce projet est venue de notre constatation de l'absence d'un protocole standardisé en EHPAD, alors que la prévention de la dénutrition ou des complications telles que les pneumopathies sont un enjeu très important. Comme nous l'avons vu dans notre partie théorique, le dépistage est souvent dépendant des connaissances individuelles des soignants. Le souhait de départ de notre projet était de proposer un modèle applicable au niveau de la structure de l'EHPAD, avec la collaboration des soignants mais sans dépendre de leurs formations ou de leurs connaissances. Notre outil se devait donc d'être suffisamment complet et explicite pour être utilisable même si le soignant dispose de peu d'informations sur la physiologie de la déglutition et la dysphagie.

Ce protocole part du principe d'un dispositif de repérage des troubles de la déglutition. Un tel dispositif relève de la politique de l'établissement et n'intervient pas dans notre objet. Notre protocole a pour objet d'évaluer la faisabilité d'un processus de détermination du risque de complication pulmonaire lié au trouble. Son but est à la fois de sécuriser tous les patients, mais aussi de ne pas pénaliser les patients n'ayant pas de terrain fragile par rapport à ce risque. Ce processus inclut sans déroulement chronologique les étapes suivantes :

- Repérage par le(s) soignant(s) qui en informent les infirmières et le médecin coordonnateur.
- Estimation par le médecin de la fragilité du patient
- Passage d'un test de déglutition
- Estimation de la sévérité du trouble
- Choix de la conduite à tenir pour ce patient

Cette étude a pour but de créer ce protocole et d'étudier ensuite sa faisabilité, afin de savoir si un tel outil est pertinent et utilisable dans le cadre de l'EHPAD.

I. Objectifs

1. Objectif principal

L'objectif principal est la création d'un outil de dépistage du risque de décompensation du trouble de la déglutition pour les sujets âgés en institution. Cet outil est à la fois médical et paramédical. Le but de l'outil est l'établissement d'un profil de risque de décompensation pour chaque personne hébergée. Ce profil sera déterminé en croisant les informations sur la fragilité en rapport avec les troubles de la déglutition avec la sévérité du trouble attestée par un test.

2. Objectifs secondaires

Un second objectif sera d'apprécier de la manière la plus adaptée au contexte observationnel, l'effet de l'action du dépistage, en analysant la valeur prédictive des différentes étapes constituant le test et en traçant les actions qui en ont découlé pour les résidents.

Cette étude va également nous permettre de nous interroger sur le rôle de l'orthophoniste dans un dispositif de ce genre.

II. Hypothèses

La construction de notre outil répond aux hypothèses suivantes :

Hypothèse 1 : Un outil de dépistage du risque de complication du trouble de la déglutition est réalisable dans un EHPAD

Hypothèse 2 : Cet outil permet de classer les personnes hébergées en profil de risque de décompensation.

Hypothèse 3 : Le personnel soignant peut s'approprier cet outil et l'utiliser dans sa

pratique.

Hypothèse 4 : L'orthophoniste peut avoir un rôle dans un tel dispositif.

III. Elaboration de notre étude

Pour réaliser cette étude, nous avons sollicité le médecin gériatre coordonnateur d'une EHPAD et un médecin ORL phoniatre.

Après avoir confirmé l'intérêt pour le médecin gériatre d'un test de dépistage des complications des troubles de la déglutition, nous sommes allées à plusieurs reprises faire un stage d'observation dans cet EHPAD. Avec les médecins, nous avons ensuite travaillé sur la conception de cet outil et déterminé les points suivants : les différents outils nécessaires, les étapes du processus de dépistage, l'élaboration de la procédure de détermination du risque, les conduites à tenir qui en découlent et les moyens d'évaluer les résultats de ce dépistage.

Pour des raisons réglementaires, ce mémoire s'inscrit dans une recherche en soins courants, c'est à dire dans une adaptation des pratiques de soins sans objectif interventionnel ; il n'a pas pour objectif de valider ce test. En effet, il aurait fallu pour cela contrôler la population incluse en fonction de la prise en charge antérieure d'un trouble de la déglutition et d'imposer par un protocole la prise en charge des résidents en fonction du résultat du test.

La faisabilité du test est évaluée par son application à la moitié des patients de l'EHPAD.

L'estimation de son efficacité est appréciée par l'observation de la survenue d'évènements pulmonaires pendant les 2 mois suivant le test.

L'appropriation possible de l'outil et la place de l'orthophoniste sont jugées par la participation des soignants au processus et par leurs réponses à un questionnaire dédié.

METHODOLOGIE

I. Conception du test

Issu des discussions avec les médecins, il croise le degré d'altération de la fonction de déglutition avec la fragilité du sujet et vise principalement le risque de décompensation pulmonaire.

Le vieillissement de la déglutition décrit dans la partie théorique montre que toute personne âgée présente une altération plus ou moins importante de la déglutition dont le seuil "pathologique" n'est pas clairement défini. Cette absence de frontière est liée aux faits suivants :

- l'altération de la fonction de protection des voies aériennes de la déglutition est difficilement observable en clinique
- l'absence de définition précise de la sévérité d'un trouble de la déglutition, la sévérité étant un indice classant le degré d'altération de la fonction physiologique en fonction de son retentissement.

On constate donc que repérer une personne avec un trouble de la déglutition et baser une conduite à tenir médicale uniquement sur ce repérage n'est pas suffisant pour prévenir le risque de complication. Cette conduite à tenir doit être modulée par la notion de fragilité et intégrer les différents risques dont le risque de dénutrition induit par une inadaptation du comportement alimentaire du résident ; ce dernier pouvant aggraver ou être à l'origine d'un processus de dénutrition également fragilisant vis à vis des infections.

A partir de ces constats partagés entre les 2 médecins, nous avons retenu pour le contenu de notre étude :

- un test pour repérer et quantifier le degré d'altération de la fonction de déglutition : il s'agit de choisir un test de dépistage des troubles de la déglutition.

Lors des discussions avec les médecins, la valeur d'un tel test ponctuel, par rapport à l'observation des soignants de proximité recueilli par un questionnaire de symptômes, a été soulevée. Les 2 options ont été conservées pour pouvoir éventuellement être comparées.

- Une estimation du risque de minorer un trouble de la déglutition en analysant les ATCD susceptibles de favoriser des troubles de la déglutition pouvant être silencieux
- Une estimation du degré de fragilité spécifique aux complications pulmonaires par une analyse des antécédents présents dans les 3 mois précédant l'étude.
- Un classement des résidents selon un profil de risque à 3 niveaux pour les complications pulmonaires
- La proposition d'une conduite à tenir en fonction de ce profil.

1. Choix du test de repérage de l'altération de la fonction de la déglutition

a. Le test de déglutition : le Volume Viscosity Swallowing test

Choix du test

Ce test a pour but de mettre en évidence un trouble de déglutition et un risque de pénétration laryngée.

Nous avons choisi d'utiliser un test comportant plusieurs textures. L'avantage d'un tel test par rapport à un test à l'eau est qu'il apporte des informations sur les capacités de mastication du patient, et qu'il donne immédiatement des indications sur les adaptations nutritionnelles à mettre en place en première intention. Ces indications seront utiles pour l'établissement du projet écologique et palliatif.

Nous avons comparé 3 tests, le GUSS (Gugging Swallowing Screen), le TCF (Test de capacité fonctionnelle) et le V-VST (Volume-Viscosity Swallow Test) et choisi d'utiliser ce dernier pour les raisons suivantes :

- La progression commence par le nectar, puis le liquide et la crème, afin de

minimiser les risques de pénétration laryngée pendant le test, contrairement au TCF qui commence par le liquide

- Le V-VST comporte moins d'items que les autres tests, il réduit donc la fatigabilité du sujet et minimise les risques de fausses-routes.
- Le TCF est d'avantage un test de réalimentation que de dépistage et le GUSS est uniquement validé pour les personnes ayant eu un AVC, avec un prétest inadapté
- Le V-VST nécessite peu de matériel, et ce matériel est disponible dans tous les EHPAD

Réalisation du test

On administre des volumes croissants de différentes textures et on évalue à chaque déglutition la présence de signes d'altération de l'efficacité ou de la sécurité. Le test débute avec une texture nectar (préparée à l'aide de 4,5 g d'épaississant dans 100 ml d'eau minérale) par des bolus de volumes croissants 5, 10 puis 20 ml. Si le patient ne présente pas de signes de fausses-routes, le test est poursuivi avec une texture liquide par des bolus de 5, 10 puis 20 ml. Enfin, on termine le test avec des bolus de 5, 10 et 20 ml d'une texture pudding (préparée à l'aide de 9 g d'épaississant dans 100 ml d'eau minérale).

Si le patient présente des signes d'altération de la sécurité avec la texture nectar, les liquides ne sont pas testés et on passe directement à la texture pudding. De même, pour chaque consistance, l'augmentation des volumes n'est pas réalisée en cas d'altération de la sécurité. Le V-VST est conclu comme anormal à partir du moment où le patient présente un signe clinique d'altération de la sécurité, c'est-à-dire d'aspiration laryngée ou de pénétration trachéale (toux ou voie mouillée) ou de l'efficacité (présence d'un résidu oral ou pharyngé au décours de la déglutition, nécessité de déglutitions multiples et présence d'un bavage) sur une déglutition.

Sur la grille de recueil, on note N (non) si l'événement n'est pas observé, O (oui) s'il est observé et NF (non fait) si le volume de la texture n'est pas testé.

Objectif du test

Le but du test est de déterminer si la sécurité et/ou l'efficacité de la déglutition sont

altérées. Cette donnée, croisée avec le recueil des antécédents à risque, nous permettra de remplir la catégorie « Sévérité du trouble » pour l'établissement du profil de risque.

b. L'outil d'évaluation de la présence de trouble de la déglutition

Composition du questionnaire

Pour créer ce questionnaire, nous avons pris comme base le Deglutition Handicap Index (DHI).

Le DHI est un questionnaire d'auto-évaluation du handicap, créé sur le modèle du Voice Handicap Index. Il est constitué de 30 questions, réparties en trois catégories de 10 questions chacune. La première catégorie correspond aux symptômes spécifiques d'un trouble de la déglutition, par exemple la toux ou un blocage des aliments dans la gorge. La deuxième catégorie concerne l'aspect fonctionnel du trouble de la déglutition, son impact sur l'alimentation, l'état nutritionnel et l'état pulmonaire. La troisième catégorie s'intéresse aux conséquences psychosociales et émotionnelles du trouble de la déglutition.

Le mode de réponse est un mode à choix multiple. Les réponses sont reportées sur une échelle numérique ordonnée en fréquence avec cinq degrés de sévérité. Chaque chiffre est associé à une fréquence : jamais (0 point), presque jamais (1 point), parfois (2 points), presque toujours (3 points) et toujours (4 points).

Le DHI comporte des nombreux avantages. Ses sous-domaines apportent des informations nuancées et précises et ses scores détaillés sont sensibles à l'évolution du patient. Il est également conçu pour les patients nourris per os, ce qui correspond à la population de notre étude. Cependant, la passation de l'échelle complète exigeait un temps trop long pour les soignants, et toutes les questions n'étaient pas utiles à notre projet. Nous avons donc réduit le nombre de questions et sélectionné celles qui étaient le plus adaptées à nos besoins.

Ce questionnaire portant sur le repérage des symptômes, nous avons choisi d'utiliser uniquement les questions de la catégorie des symptômes spécifiques. Parmi ces questions, nous avons éliminé la dernière (« J'ai mal à la gorge quand j'avale »), à laquelle les soignants

ne peuvent pas répondre pour le résident. Nous avons donc conservé 9 questions. Ce nombre réduit d'items présente l'avantage de favoriser la rapidité de remplissage et ainsi une meilleure adhésion des soignants.

La formulation des items a été modifiée : le DHI étant un questionnaire d'auto-évaluation, les questions sont présentées à la première personne. Afin de l'adapter à nos besoins, c'est-à-dire l'évaluation par un soignant et non par le résident lui-même, nous avons remplacé la première personne par « J'ai l'impression qu'il... » ou « il ».

Ce questionnaire, ainsi que celui sur l'appétence détaillé ci-dessous, est entièrement anonyme pour les soignants ; seuls les noms des résidents sont notés.

Objectif du questionnaire

Le questionnaire d'évaluation des symptômes par les soignants a pour but d'étudier l'intérêt de l'utilisation du test de déglutition dans le protocole de dépistage.

c. L'outil de l'évaluation de l'appétence pour l'alimentation par le soignant

Composition du questionnaire

Ce questionnaire a été créé pour cette étude, il n'a donc pas été validé. Le mode de réponse est le même que pour le questionnaire des symptômes.

La partie appétence comportait dans sa version initiale neuf questions. 4 questions portaient sur le plaisir social de l'alimentation, et 5 questions portaient sur le plaisir alimentaire. Les questions étaient les suivantes :

Plaisir social :

- Il demande dans combien de temps est le repas
- Il exprime du plaisir à voir arriver la personne qui apporte le repas
- J'ai l'impression qu'il est content de s'installer ou d'être installé pour manger
- J'ai l'impression qu'il est content quand le plateau repas est posé devant lui

Plaisir alimentaire :

- J'ai l'impression qu'il s'intéresse à la nourriture (il en parle ou regarde des images d'aliments dans les magazines ou des émissions de télévisions ou regarde quand quelqu'un mange).
- Il s'intéresse aux plats proposés (pose des questions sur les repas, touche les aliments...)
- J'ai l'impression qu'il a faim
- J'ai l'impression qu'il prend du plaisir à manger
- Il goûte à tout ou exprime ne manger que ce qu'il aime manger
- Il reste intéressé par la nourriture tout le long du repas

Afin d'accorder au mieux nos questions à la réalité du travail des soignants en EHPAD, nous avons proposé ces questions à un groupe test. Leurs critiques nous ont fait réduire à deux le nombre de questions :

Plaisir social :

- J'ai l'impression qu'il apprécie le côté relationnel du moment du repas

Plaisir alimentaire :

- J'ai l'impression qu'il prend du plaisir à manger

L'appétence est jugée maintenue chez le résident lorsque le score obtenu est supérieur à 3.

Objectif du questionnaire

La partie appétence participera du choix de la conduite à tenir en fonction de la conclusion.

2. Détermination des ATCD à identifier : Les outils de recueil des antécédents médicaux

Les antécédents médicaux ont été divisés en deux catégories : ceux signant la fragilité

du résident et ceux correspondant à des facteurs de risque de troubles de la déglutition.

a. Antécédents indiquant la fragilité

Cette partie regroupe les données médicales permettant d'indiquer un éventuel trouble de la déglutition. Y sont consignées les complications des troubles de la déglutition les plus courantes chez la personne âgée : perte de poids, pneumopathie, encombrement bronchique.

Les personnes âgées étant particulièrement sensibles aux épidémies saisonnières, nous avons précisé dans nos questions que les infections notées dans le cahier devaient s'être déroulées hors période d'épidémie. Les complications consignées dans le cahier sont les suivantes :

- 1. Un épisode d'infection pulmonaire (fièvre avec point d'appel pulmonaire nécessitant des antibiotiques dans les 3 mois précédents en excluant les périodes d'épidémie)
- 2. Un épisode d'encombrement bronchique justifiant une kinésithérapie (dans les 3 mois précédents en excluant les périodes d'épidémie)
- 3. Insuffisance respiratoire sévère justifiant une oxygénothérapie sans décompensation
- 4. Une perte de poids supérieure à 5% du poids avec ou sans récupération partielle sur la période
- 5. Un indice de masse corporelle inférieur à 21 sans perte de poids
- 6. Plus d'un épisode d'infection pulmonaire (fièvre avec point d'appel pulmonaire nécessitant des antibiotiques dans les 3 mois précédents)
- 7. Plus d'un épisode d'encombrement bronchique justifiant une kinésithérapie quotidienne
- 8. Un épisode de décompensation sur insuffisance respiratoire sévère

Le degré de fragilité est considéré comme :

- léger si aucun case n'est cochée
- modéré si une seule case est cochée entre 1 et 5
- sévère si les cases 6 à 8 sont cochées ou si plusieurs cases sont cochées

b. Facteurs de risque des troubles de la déglutition

Ici sont regroupés les pathologies et traitements constituant des facteurs de risque de la dysphagie. Les différents facteurs ont été classés de la façon suivante :

- Pathologies neurologiques
- Anomalies structurelles du carrefour aérodigestif
- Pathologies gastroentérologiques
- Pathologies psychiatriques
- Iatrogénie (traitements médicamenteux à risque)

Les facteurs sont présentés de la façon suivante dans le cahier :

Neurologiques :

Démence non oui

si oui préciser le degré de sévérité de la démence:

léger modéré sévère

si oui préciser le type :

Alzheimer , vasculaire , mixte

Syndrome extrapyramidal non oui

si oui préciser le degré de sévérité du syndrome extrapyramidal :

léger modéré Sévère

si oui préciser le type :

Parkinson , Paralyse Supranucléaire Progressive , Atrophie multisystématisée

AVC non oui

si oui préciser :

présence d'une dyspraxie OBF , présence d'une anosognosie , présence d'un trouble de l'attention

si oui préciser le type :

tronc cérébral , hémisphérique

Autre maladie neurologique à risque non oui

si oui préciser le type :

SLA , SEP , autres à préciser _____

Anomalies structurelles du carrefour :

Présence connue d'anomalies du rachis cervical

non oui

ATCD chirurgicaux ou carcinologiques ORL au niveau de la cavité buccale, du pharynx ou du pharynx

non oui

si oui préciser : _____

Antécédents gastroentérologiques : non oui

si oui préciser la cause : RGO maladie , achalasie , diverticule , cancer de l'œsophage , cancer gastrique , autres _____

si oui préciser si présence de gastroparésie non oui

si oui préciser si présence de régurgitation ou reflux quotidien

non oui

et si ou préciser leur fréquence :

tous les jours , au moins une fois par semaine , non quantifiable

Antécédents psychiatriques :

Troubles de l'attention sévère non oui

Troubles cognitifs sévères non oui

Si oui à l'un des 2 items préciser la cause : _____

Prise de médicaments (iatrogénie)

Neuroleptiques non oui

si oui préciser pourquoi : _____

Benzodiazépines non oui

si oui préciser pourquoi : _____

Antalgiques pallier 2 non oui

Antalgiques pallier 3 non oui

si oui préciser pourquoi : _____

Anticonvulsivants non oui

si oui préciser pourquoi : _____

Anticholinergiques non oui

si oui préciser pourquoi : _____

Préciser si médicament à risque ne figurant pas sur la liste: _____

Préciser si maladie à risque ne figurant pas dans cet inventaire : _____

Instabilité posturale en position assise non oui

Risque d'un trouble plus sévère que prévu non oui

Le risque d'un trouble plus sévère que prévu est jugé par le médecin gériatre en

fonction des antécédents et de sa connaissance du patient, sans qu'il ne connaisse les résultats du test de déglutition.

3. Proposition pour déterminer le profil de risque

Le profil de risque est établi en fonction de la sévérité et de la fragilité du résident.

Les profils ont été définis de la façon suivante :

- risque faible : fragilité légère et sévérité nulle ou légère
- risque modéré : au minimum fragilité et/ou sévérité modérée(s)
- risque sévère : au minimum fragilité et/ou sévérité élevée(s)

4. La grille de conduites à tenir

La conduite à tenir est déterminée en fonction de la sévérité et de la fragilité du résident. Nous avons établi quatre conduites différentes, du renouvellement du test aux adaptations posturales et alimentaires, selon le degré de sévérité et de fragilité recueilli. L'adaptation des textures sera dépendante de l'appétence du résident, afin d'éviter d'adapter systématiquement par principe de précaution, et de rester dans l'optique de préserver au maximum le confort et la qualité de vie de la personne.

		Fragilité		
		Légère	Modérée	Importante
Sévérité	Nulle	0	0/1	1
	Légère	0	1/2/3*	2/3*
	Modérée	1/2/3*	2/3*	4
	Importante	4	4	4

Les chiffres correspondent aux conduites à tenir suivantes :

0 = Aucune action

1 = Réévaluation

2 = Surveillance courbe de température 1 semaine par mois et vérification hygiène buccodentaire et posture

3 = Action en terme d'adaptation / hygiène buccodentaire et posture

4 = Action +/- bilan en fonction du contexte éthique

* = à moduler en fonction du score pour l'appétence

II. Faisabilité de l'étude

Afin d'évaluer la faisabilité d'un tel test dans un EHPAD, nous avons créé les outils supplémentaires suivants, et déterminé des critères d'inclusion.

1. Les outils créés pour la faisabilité

a. L'outil d'information pour les soignants

Nous avons initialement prévu de proposer une information sous forme orale aux soignants participant à cette étude. Cependant, pour des raisons pratiques, cette information n'a pas pu être mise en place. En effet, leurs contraintes de travail ne leur permettaient pas de libérer le temps nécessaire à cet échange. Nous avons alors opté pour un support écrit, sous forme de plaquette, qui nous permettrait d'informer un plus grand nombre de soignants. Ces derniers ont également exprimé le souhait d'avoir un document qu'ils pourraient conserver. La plaquette a ainsi été laissée dans les salles de réunion des soignants, ce qui facilitait sa diffusion.

La plaquette d'information contient les informations suivantes :

- l'explication du but de l'étude : l'idée de départ du projet et notre problématique
- le déroulement de l'étude : détail des étapes et des professionnels impliqués dans l'étude
- le détail du test de déglutition

Nous avons choisi de la présenter en format A4 plié en deux. Afin de ne pas surcharger

le support en informations, nous les avons réduites à l'essentiel et avons complété oralement si les soignants en faisaient la demande, lors de sa distribution et pendant toute la durée de l'étude.

b. Le cahier d'observation du résident

Composition

Tous les outils créés pour cette étude (à l'exception de la plaquette d'information pour les soignants) ont été regroupés dans des cahiers d'observation individualisés. Ces cahiers sont agencés de la manière suivante :

- les événements médicaux survenus les trois mois précédents signant une fragilité
- le degré de fragilité du résident
- les antécédents médicaux à risque
- le test de déglutition
- le degré de sévérité du trouble
- les questionnaires de symptômes et d'appétence
- la conduite à tenir selon les résultats des tests et questionnaires
- les événements survenus dans les deux mois suivants le test de déglutition
- la traçabilité des actions menées suite au test

Afin de pouvoir identifier les résidents tout en garantissant leur anonymat, nous avons inscrit sur la première page du cahier les trois premières lettres du nom et la première lettre du prénom, avec la possibilité d'inscrire un numéro en cas de doublon.

Objectif

Ce cahier a pour but de synthétiser toutes les informations recueillies sur le résident. Il sert de lien entre le médecin, les soignants et l'orthophoniste.

c. Les questionnaires de faisabilité pour les soignants

Composition

L'objectif était de proposer le questionnaire à un nombre maximum de soignants ayant participé à l'étude.

Nous avons utilisé deux grands types de questions :

- les questions oui/non : la personne interrogée peut répondre soit par oui, soit par non. L'avantage de ces questions est la rapidité de réponse, qui entraîne plus facilement l'adhésion des personnes interrogées, et une analyse simple au niveau statistique. L'inconvénient est le manque de nuance et de précisions dans la réponse, qui peut entraîner une indécision voire une non-réponse de la personne.
- Les questions ouvertes : Afin d'apporter une nuance dans nos questions et de permettre aux soignants de donner leur avis de manière plus complète, nous avons également utilisé des questions ouvertes. Le principe de ces questions est de laisser à la personne interrogée l'opportunité de rédiger une réponse avec ses propres mots. L'avantage par rapport aux questions oui/non est de ne pas induire de réponse chez l'interrogé et de lui laisser plus de liberté pour s'exprimer. En revanche, l'analyse de ces questions est plus complexe et plutôt quantitative. Elles demandent également un plus grand temps de réponse et peuvent donc décourager les répondants, notamment, dans notre étude, des professionnels ayant un niveau de formation plus bas, qui ont moins l'habitude de rédiger.

Nous avons créé un questionnaire pour chaque outil utilisé par les soignants. Chaque question posée dans les outils est reprise dans ces questionnaires et interrogée sur sa faisabilité. En cas de difficulté éprouvée pour répondre, les soignants disposent d'un espace libre pour expliciter leur point de vue.

Objectif

Cet outil a pour but d'évaluer l'intérêt de notre projet dans la pratique des soignants. Il

nous servira à répondre à notre troisième hypothèse.

2. Critères d'inclusion des résidents dans l'étude

Les critères d'inclusion sont les plus simples possibles pour cette étude observationnelle.

a. Critères d'inclusion

Les critères d'inclusion que nous avons définis pour notre étude sont les suivants :

- sujet adulte
- personnes résidant en l'EHPAD
- personnes nourries per-os

b. Critères d'exclusion

Nous avons exclu de notre étude :

- sujet alimentés artificiellement

Nous n'avons pas défini d'âges minimum et maximum pour la population de notre étude.

III. Application de notre étude à l'EHPAD

1. Présentation de la structure

a. Nombre de lits

L'EHPAD dispose de 128 places. L'institution est divisée en quatre unités, dans lesquelles les résidents sont répartis selon leur niveau de dépendance, dont une unité Alzheimer (de 14 lits).

b. Équipe soignante

Chaque unité dispose d'une équipe de soignants, composée d'IDE, d'AS et d'ASH. Deux AMP sont présents. Des stagiaires sont régulièrement présents au sein de l'EHPAD.

L'équipe paramédicale est composée d'une psychologue, d'un diététicien et d'une ergothérapeute, intervenant dans l'EHPAD et le CH. Des kinésithérapeutes et orthophonistes libéraux interviennent sur prescription des médecins traitants.

c. L'organisation des repas

Les repas sont pris dans la salle de restaurant, dans les salons ou exceptionnellement en chambre. Le matin, les petits-déjeuners sont pris en chambre.

Les résidents les moins dépendants et ne nécessitant pas de surveillance particulière pendant les repas mangent dans la salle de restauration. Pour les résidents plus dépendants ne pouvant se rendre au restaurant, les repas sont pris dans les quatre salons répartis sur les deux étages. L'unité Alzheimer dispose également d'un salon où sont servis les repas.

Dans les unités où résident les personnes dépendantes, les résidents sont répartis dans les salons selon leur degré d'autonomie pour la prise alimentaire. Dans un des espaces sont réunis les résidents nécessitant une assistance totale et bénéficiant de textures adaptées. Ces patients font l'objet d'une surveillance particulière et sont repérés par les soignants comme étant à risque de faire des fausses-routes. Les résidents ne nécessitant pas ou partiellement d'aide pour la prise alimentaire sont réunis dans un autre salon.

Dans le restaurant ou les salons, les résidents sont installés au fauteuil roulant ou sur des chaises ordinaires. En chambre, ils peuvent être installés au lit ou au fauteuil.

Les textures modifiées utilisées dans l'EHPAD sont le normal, le mouliné et le mixé.

2. Présentation des professionnels de l'étude

a. Médecin coordonnateur

Le médecin coordonnateur a un rôle important dans notre protocole, et dans la prévention de manière générale. En effet, après avoir repéré des signes de dysphagie chez un résident, le personnel va faire remonter cette information au médecin qui va déterminer la conduite à tenir en terme d'adaptation et d'évaluation, en collaboration avec les soignants et le diététicien.

Dans notre étude, le médecin coordonnateur est en charge du remplissage des antécédents à risque, et de l'évaluation et de la mise en place des conduites à tenir définies dans le protocole.

b. Personnel soignant

Les questionnaires développés pour notre étude sont destinés au personnel soignant accompagnant les résidents au cours des repas. Il s'agit ici des IDE, AS, ASH et AMP. Ces soignants, parce qu'ils accompagnent les résidents au quotidien, sont les plus susceptibles de pouvoir repérer les signes présentés dans le questionnaire.

IV. Déroulement de l'étude

1. Mise en place de l'étude et information aux soignants

L'objectif était d'informer un nombre maximum de soignants afin de susciter leur adhésion au projet. Avant le début de notre étude, le médecin coordonnateur s'est chargée de les informer sur la future mise en place du projet. Ensuite, la remise de la plaquette d'information aux soignants a été suivie d'un temps d'échange afin de répondre à leurs

éventuelles questions sur les différentes parties de l'étude.

2. Recueil des antécédents médicaux

A partir du dossier médical, nous recueillons les antécédents à risque ou signant la fragilité aux troubles servant à compléter le cahier d'observation du patient. Ce travail de recueil est fait avec le médecin coordonnateur, dans un délai de plus ou moins sept jours maximum par rapport à la passation du test et des questionnaires.

3. Remplissage des questionnaires de symptômes et d'appétence

Les questionnaires sont remplis par les soignants s'occupant des résidents au quotidien, c'est-à-dire les IDE, AS et ASH. Ce remplissage est effectué dans un délai de plus ou moins 48 heures par rapport à la réalisation du test.

4. Passage de l'outil d'évaluation

Le test de déglutition est réalisé par l'orthophoniste, en présence des soignants dans la mesure du possible. Afin de ne pas introduire un biais dans l'interprétation des résultats, elle n'est pas informée des résultats des questionnaires de symptômes et d'appétence avant les passations.

5. Mise en place des conduites à tenir si nécessaire

A la suite du remplissage des outils de l'établissement du profil de risque, le médecin coordonnateur mettra en place les conduites à tenir éventuellement nécessaires.

6. Traçabilité des actions et des événements pendant 2 mois à partir de la catégorisation du patient

Les événements seront consignés dans la partie du cahier du résident prévue à cet

effet. Elle nous servira à valider l'outil de dépistage.

7. Enquête de faisabilité auprès des soignants de l'institution

Cette enquête se fera via les questionnaires de faisabilité détaillés plus haut.

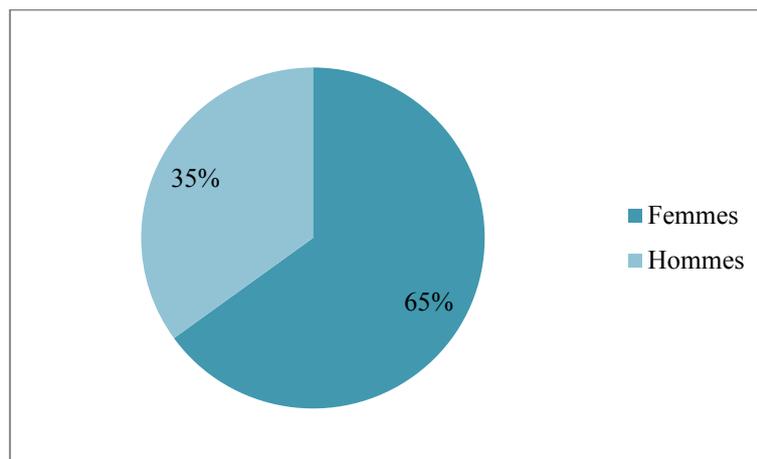
DESCRIPTION DES RESULTATS

I. Présentation de la population

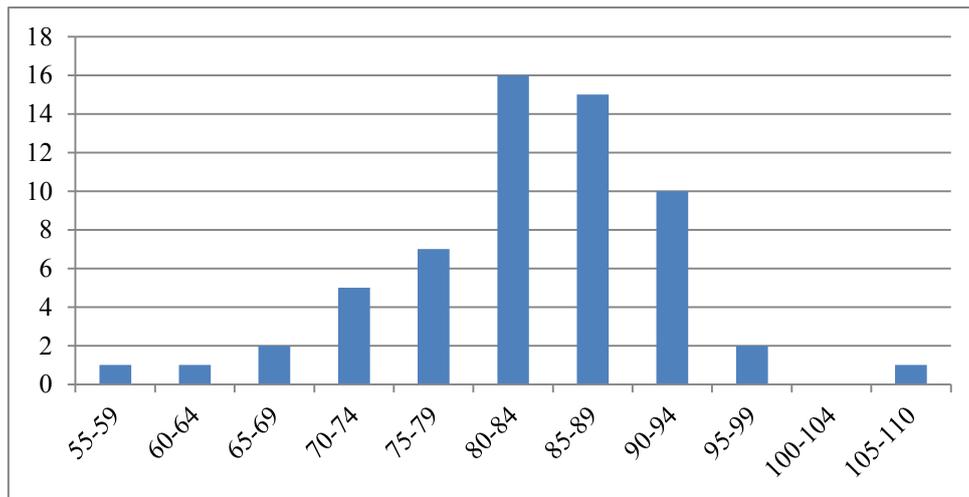
1. Composition de la population

La population testée est constituée de 60 résidents, soit la moitié de la population de l'institution. Les résidents ont été désignés au hasard sur la liste alphabétique par le médecin coordonnateur de l'EHPAD.

Notre population est constituée ainsi :

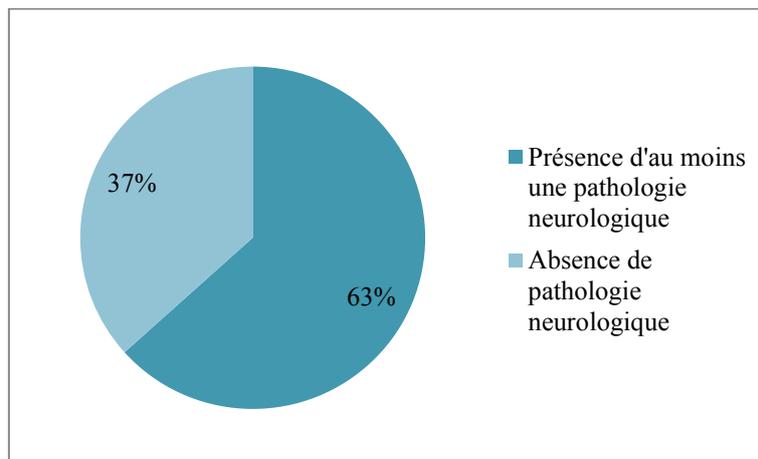


39 (65%) résidents sont des femmes, et 21 (35%) sont des hommes.

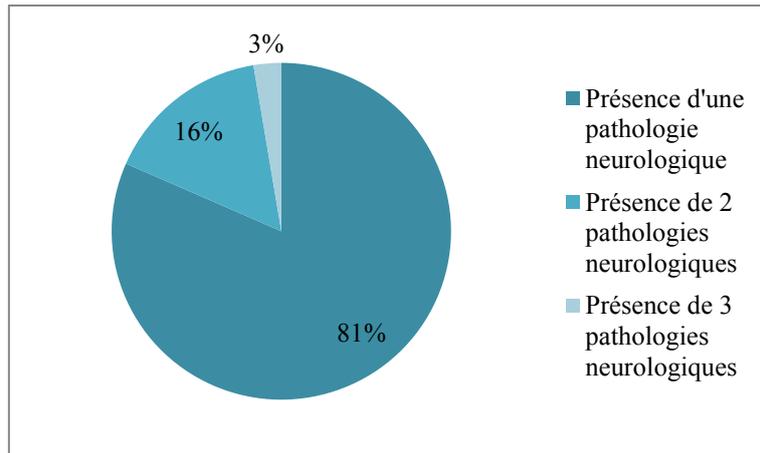


L'âge moyen des résidents est 88,3 ans. Le plus jeune résident de notre étude est âgé de 58 ans et la plus âgée de 106 ans.

2. Pathologies neurologiques



38 (63%) des résidents présentent au moins une des pathologies neurologiques facteurs de risque de trouble de la déglutition, et 22 (37%) ne présentent aucune de ces pathologies.



Sur les 38 résidents présentant une pathologie neurologique, 31 (81%) en présentent une seule, 6 (16%) en présentent 2 et 1 (3%) en présente 3.

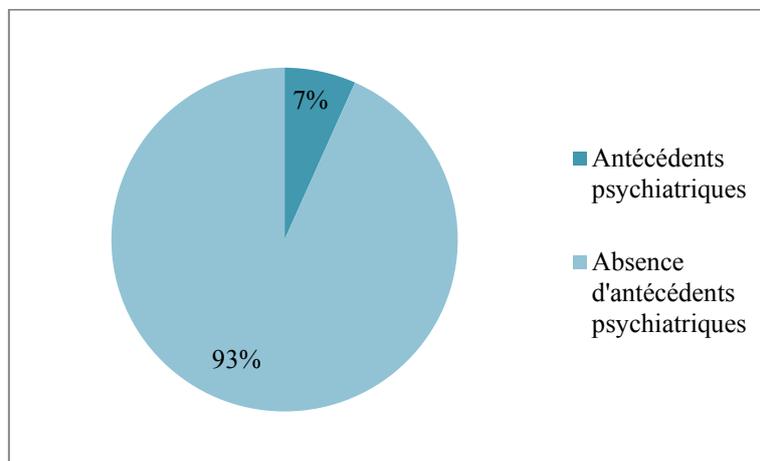
3. Anomalies structurelles

Aucun résident ne présente d'anomalie structurelle du carrefour aérodigestif.

4. Antécédents gastroentérologiques

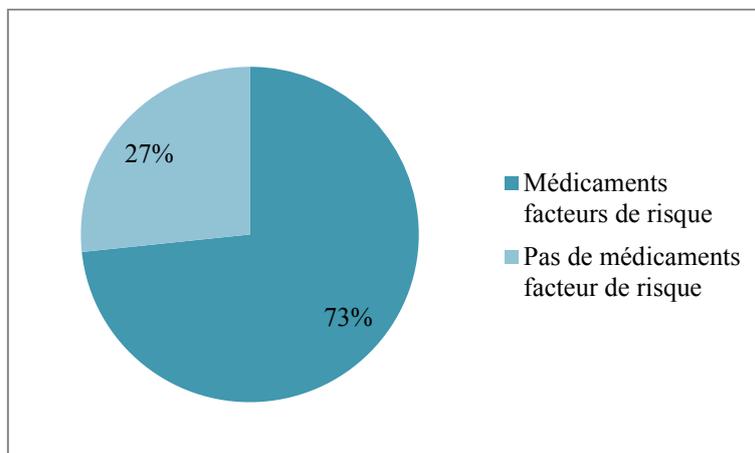
Aucun résident ne présente d'antécédent gastroentérologique.

5. Antécédents psychiatriques

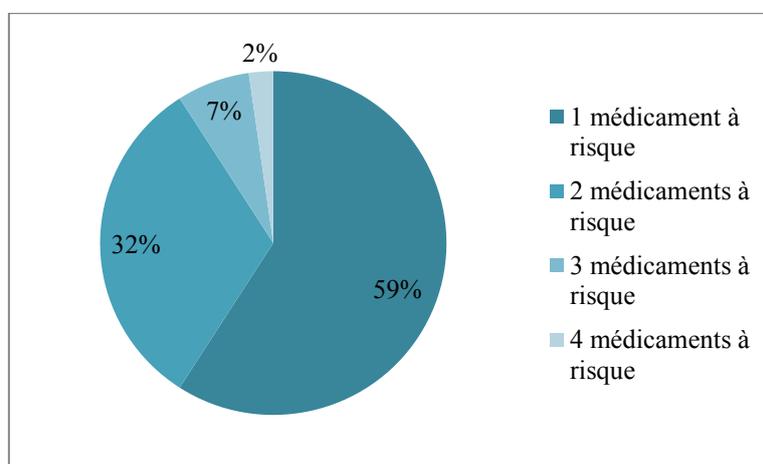


4 résidents (7%) présentent des antécédents psychiatriques, et 56 (93%) n'en présentent aucun.

6. *Prise de médicaments*

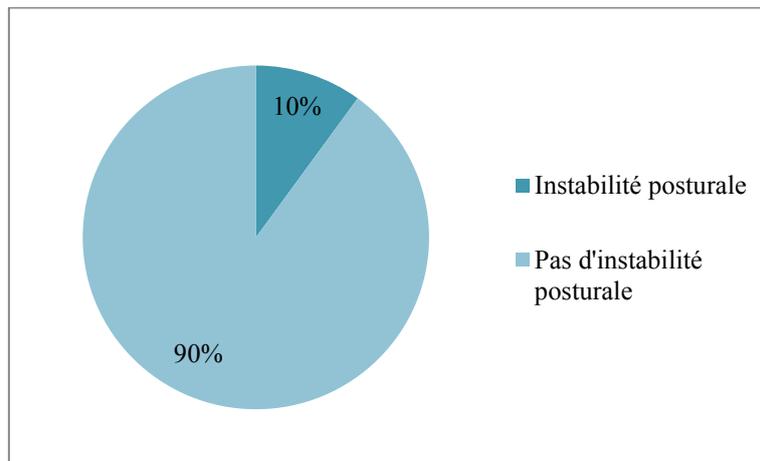


44 résidents (73%) prennent au moins un des médicaments facteurs de risque de troubles de la déglutition. 16 (27%) n'en prennent aucun.



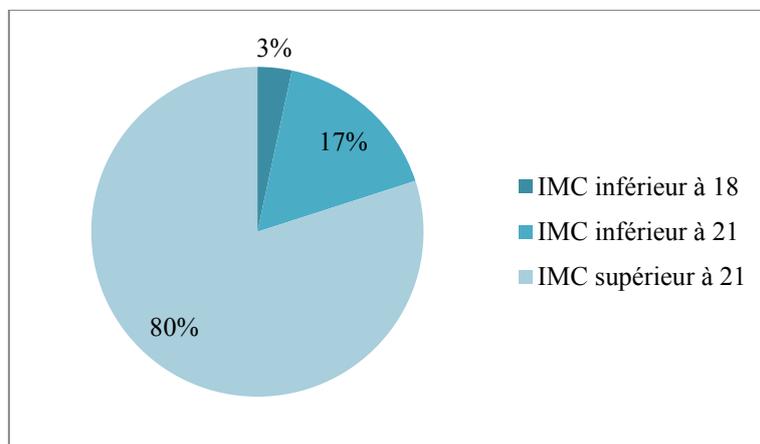
Parmi ces 44 résidents, 26 (59%) prennent uniquement un médicament facteur de risque. 14 (32%) en prennent 2, 3 (7%) en prennent 3 et 1 (2%) en prend 4.

7. Instabilité posturale



6 (10%) des 60 résidents présentent une instabilité posturale en position assise. 54 (90%) des résidents ne la présentent pas.

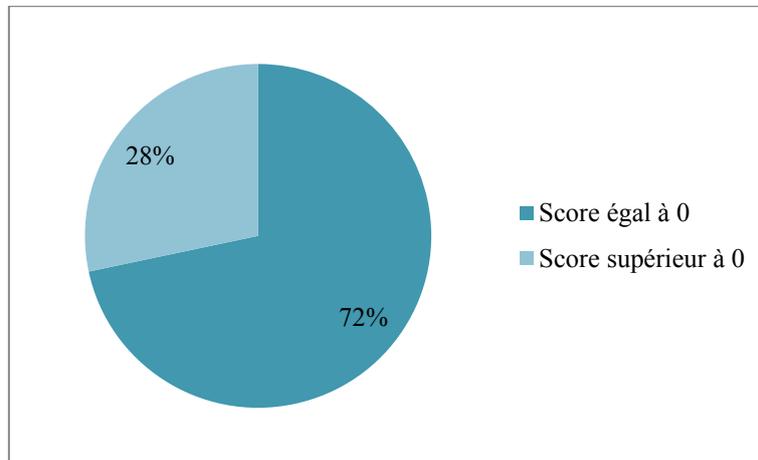
8. IMC



48 (80%) des résidents ont un IMC supérieur à 21, et ne sont donc pas en dénutrition d'après l'HAS. 10 résidents (17%) ont un IMC inférieur à 21 et sont en situation de dénutrition. 2 résidents (3%) ont un IMC inférieur à 18 et sont donc en situation de dénutrition grave.

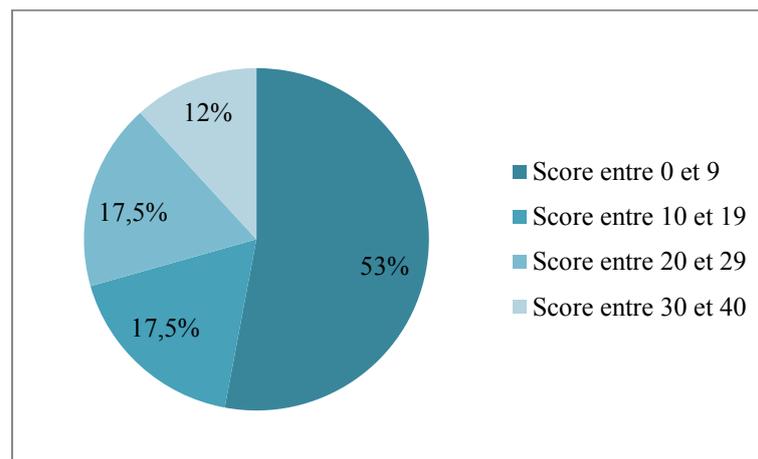
II. Résultats des évaluations

1. Questionnaire des symptômes de troubles de la déglutition



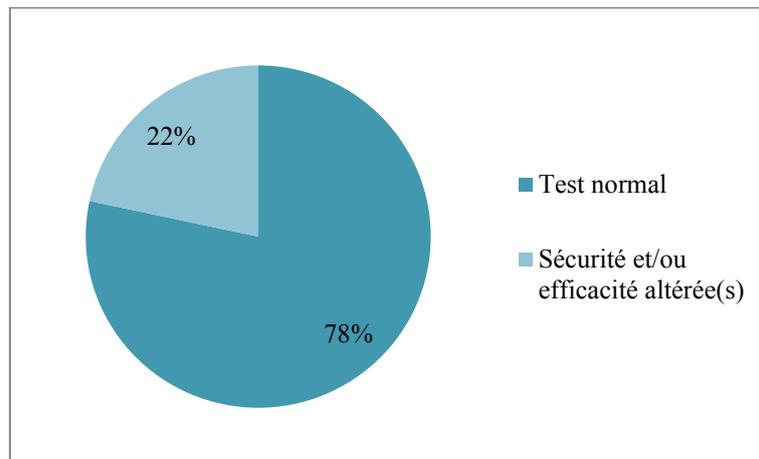
Sur les 60 résidents testés, 43 (71,7%) ont obtenu un score égal à 0 et 17 (28,3%) un score supérieur à 0.

Les scores des 17 résidents ayant obtenu un score positif se répartissent de la façon suivante :



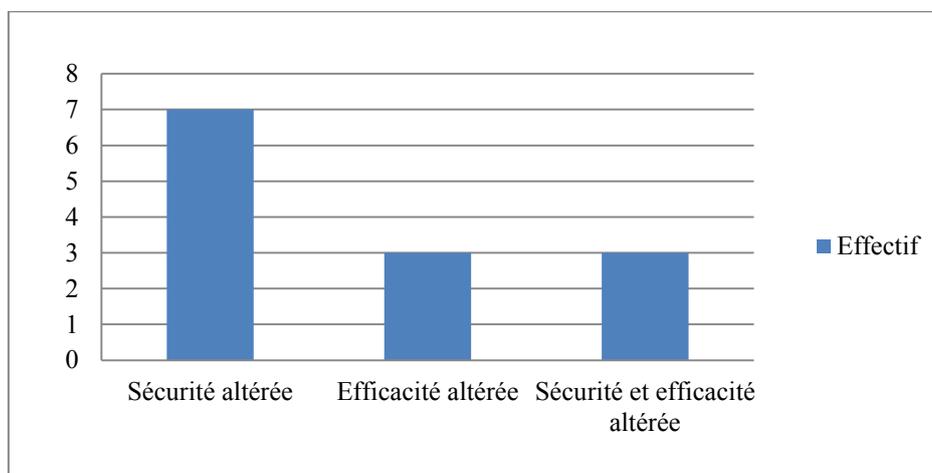
9 résidents (53%) ont un score compris entre 0 et 9, 3 résidents (17,5%) ont un score compris entre 10 et 19, 3 résidents (17,5%) ont un score compris entre 20 et 29 et 2 résidents (12%) ont un score compris entre 30 et 40.

2. Test de déglutition



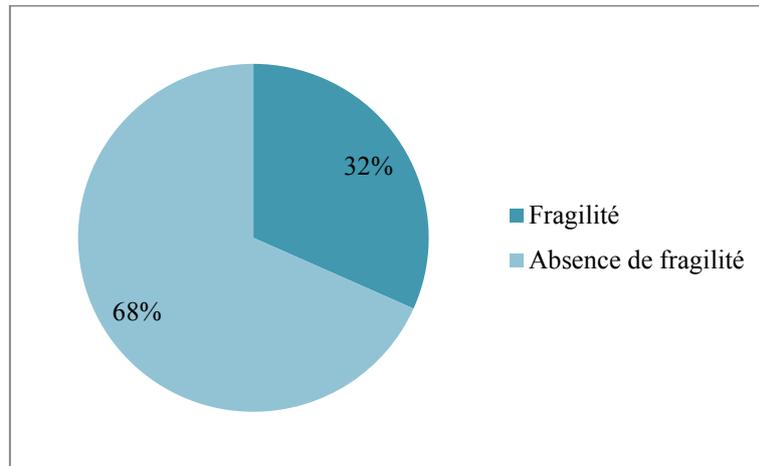
Sur les 60 résidents testés, 47 (78,3%) n'ont pas révélé de troubles de la sécurité ou de l'efficacité de la déglutition. Chez 13 résidents (21,7%), un trouble a été repéré.

Le diagramme suivant détaille les difficultés dépistées chez ces 11 résidents.



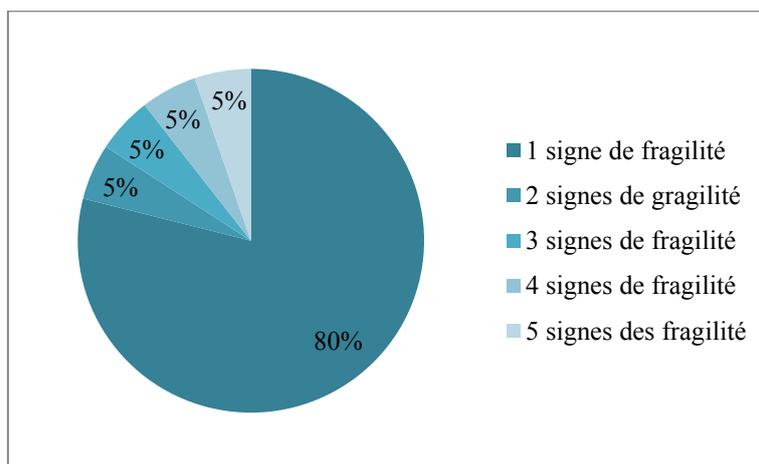
La sécurité est altérée chez 7 résidents (53,8%). Chez 3 résidents (23,1%), l'efficacité est altérée. Chez 3 résidents (23,1%), la sécurité et l'efficacité sont altérées.

3. Evaluation de la fragilité



49 (68%) des résidents n'ont aucun signe de fragilité et 11 (32%) ont au moins un signe de fragilité.

Le nombre de signes de fragilité est réparti ainsi :

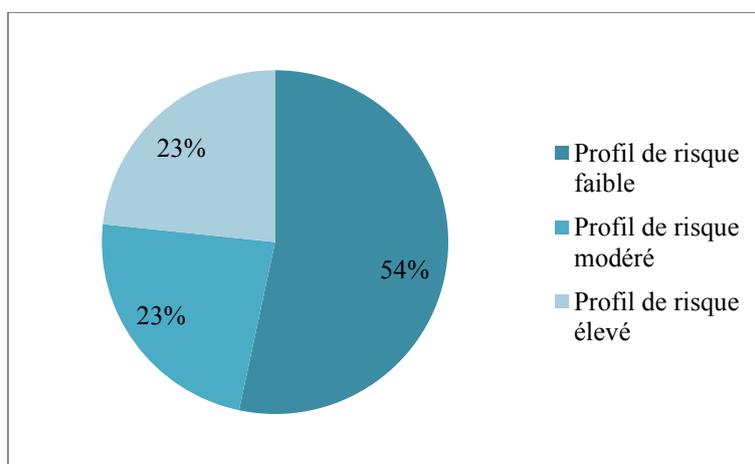


Chez 15 résidents (80%), un seul signe est retrouvé. 1 résident (5%) présente 2 signes de fragilité, 1 résident (5%) présente 3 signes de fragilité, 1 résident (5%) présente 4 signes de fragilité et 1 résident (5%) présente 5 signes de fragilité.

4. Etablissement du profil de risque

En croisant les informations sur la fragilité des résidents, ses antécédents favorisant les troubles de la déglutition et les résultats du test, nous avons donc établi un profil de risque de décompensation pour chaque résident.

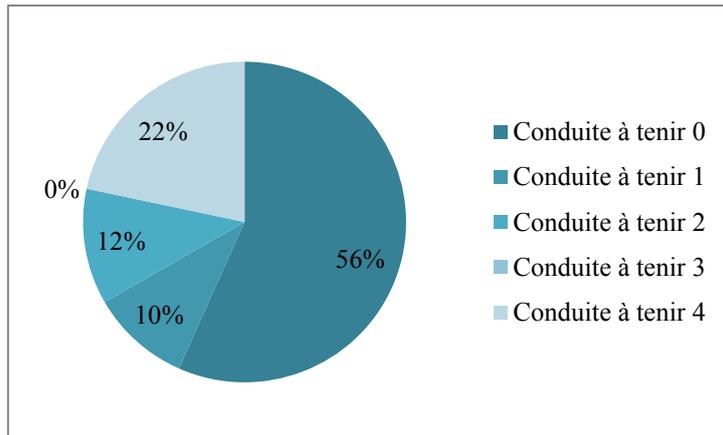
Après la passation du test et le remplissage des cahiers personnalisés par le gériatre, la répartition des résidents est la suivante :



Sur les 60 résidents testés, 32 (53,4%) ont été classés dans le profil de risque faible, 14 (23,3%) dans le profil de risque modéré et 14 (23,3%) dans le profil de risque élevé.

5. Etablissement de la conduite à tenir

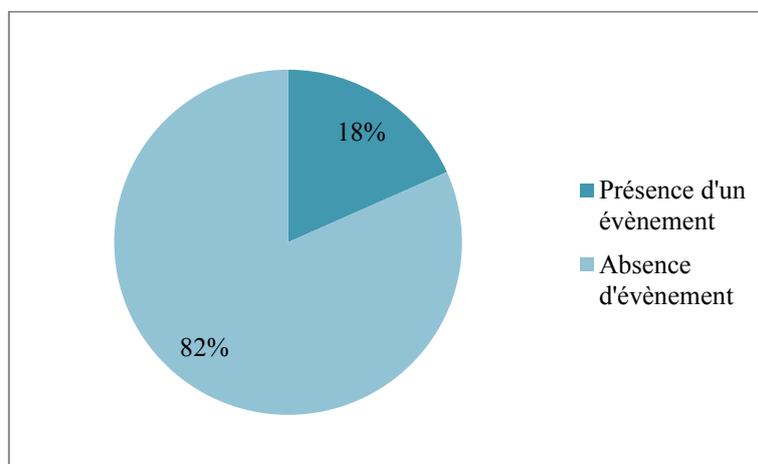
La répartition des résidents selon les conduites à tenir est la suivante :



La conduite à tenir 0 a été appliquée à 34 résidents (56%). La conduite 1 a été appliquée à 6 résidents (10%), la conduite 2 à 7 résidents (12%), la conduite 3 à aucun résident et la conduite 4 à 13 résidents (22%).

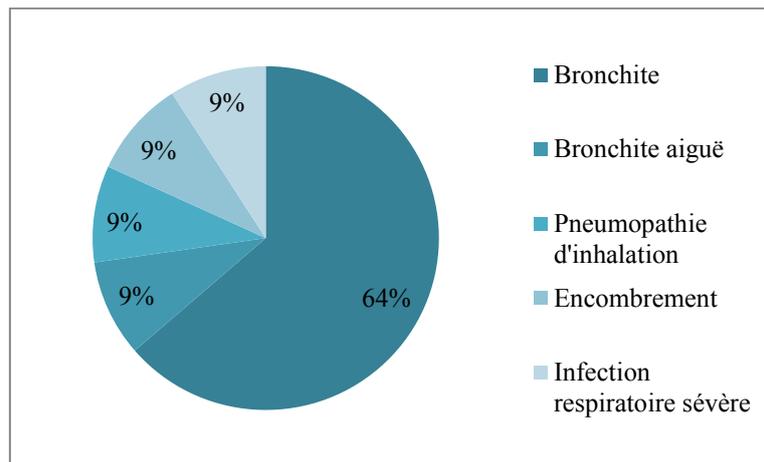
Lorsqu'on observe en détail la conduite à tenir en corrélation avec les résultats des évaluations, on peut noter une discordance entre la conduite à tenir objectivement adaptée et celle effectivement mise en place. Cette discordance s'explique par le fait que notre étude s'inscrit dans un contexte écologique et intègre donc les conduites déjà en place pour les résidents ainsi que la connaissance particulière des résidents par le médecin coordonnateur.

III. Survenue des évènements



Un événement médical est advenu chez 11 (18%) des 60 résidents. Les 49 autres résidents (82%) n'ont connu aucun événement.

La répartition des événements est la suivante :



Parmi ces 11 résidents, 7 (64%) ont eu une bronchite, 1 (9%) a eu une bronchite aiguë, 1 a eu une pneumopathie d'inhalation, 1 (9%) a eu un encombrement et 1 (9%) une infection respiratoire sévère.

ANALYSE DES RESULTATS

I. Faisabilité de l'outil par rapport à la population

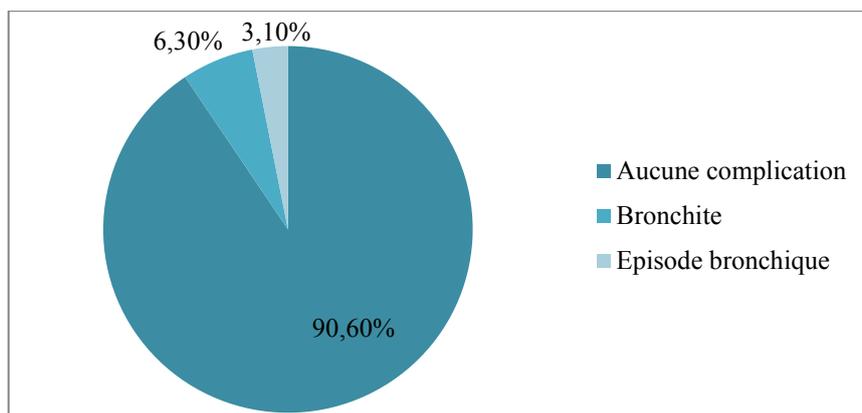
Le test de déglutition a pu être fait sur les 60 résidents tirés au sort pour notre étude. Les soignants ont complété les questionnaires et le médecin coordonnateur a pu recueillir les antécédents médicaux de tous les résidents.

Nous pouvons donc dire que la faisabilité de l'outil est validée.

II. Relation entre les profils de risque et les événements médicaux

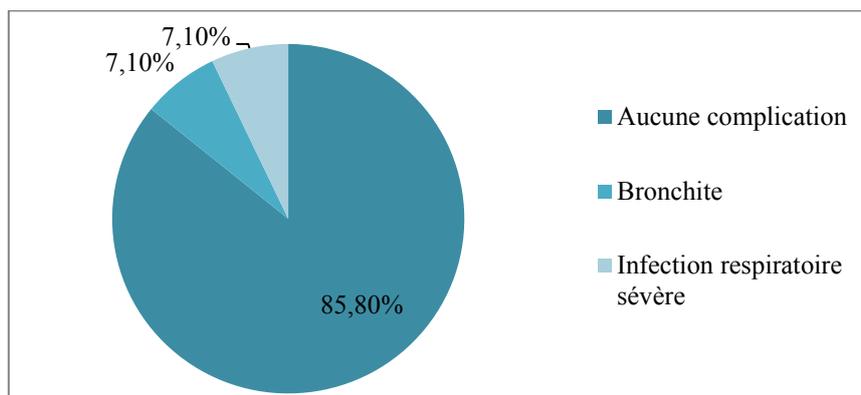
1. Profils de risque établis par le gériatre

Résidents à profil de risque faible



Sur les 32 résidents classés dans ce profil, 29 (soit 90,6%) n'ont pas eu de complications pendant les 2 mois suivant le test de déglutition. 3 résidents (soit 9,4%) ont eu des complications. Parmi les 3 résidents présentant des complications, 2 ont présenté une bronchite et 1 un épisode bronchique.

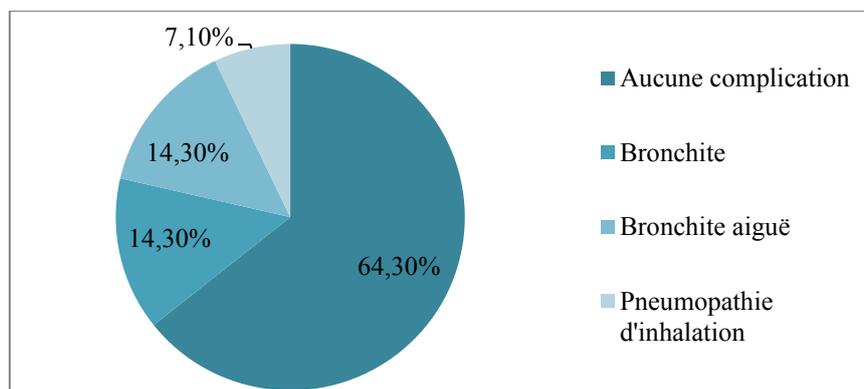
Résidents à profil de risque modéré



Parmi les 14 résidents de ce profil, 12 (soit 85,8%) n'ont pas présenté de complications pendant les 2 mois suivant le test. 4 résidents (soit 14,2%) ont eu des complications. Parmi les 4 résidents présentant des complications, on retrouve :

- 1 résident présentant une bronchite
- 1 résident présentant une infection respiratoire sévère

Résidents à profil de risque élevé



Sur les 14 patients classés dans le profil de risque élevé, 9 résidents (soit 64,3%) n'ont pas présenté de complications pendant les 2 mois suivant le test. 5 résidents (soit 35,7%) ont eu des complications. Parmi les 5 résidents présentant des complications, on retrouve :

- 2 résidents présentant une bronchite
- 2 résidents présentant une bronchite aiguë

- 1 résident présentant une pneumopathie d'inhalation

Il est important de noter que parmi les 9 résidents n'ayant présenté aucune complication, 4 bénéficiaient déjà d'adaptations alimentaires (liquides épaissis et textures mixées).

Si l'on considère un profil de risque faible par rapport aux profils de risque moyen à élevé, les résultats de ce tests par à la survenue des évènements pulmonaires sont :

- Sensibilité : 72,72%
- Spécificité : 61,22%

2. Recherche d'autres marqueurs plus pertinents pour déterminer le risque de décompensation

Pour savoir si un autre marqueur que le classement serait plus pertinent pour déterminer ce risque, nous avons calculé la sensibilité et la spécificité pour les facteurs les plus fréquents :

	Pathologies neurologiques	Prise de médicaments	Instabilité posturale	Fragilité théorique supérieure à 2	Fragilité théorique supérieure à 3	Test V-VST
Sensibilité	72,73%	81,82%	27,27%	72,73%	63,64%	36,36%
Spécificité	38,8%	28,57%	94%	34,69%	53,06%	83,67%

Aucun de ces paramètres ne produit un meilleur rapport sensibilité/spécificité que le profil de risque déterminé par le processus que nous avons déterminé.

III. Comparaison des résultats du test et du questionnaire

Le questionnaire des symptômes a une sensibilité de 54,55% et une spécificité de 77,55%. Son rapport sensibilité/spécificité n'est pas meilleur que les marqueurs ci-dessus, en revanche, il est meilleur que celui du test de déglutition. On pourrait donc s'interroger sur la pertinence de la présence du test dans le protocole.

IV. Faisabilité des outils

Nous avons récupéré 14 questionnaires sur les 23 distribués. Le taux de réponse est donc de 69,9%.

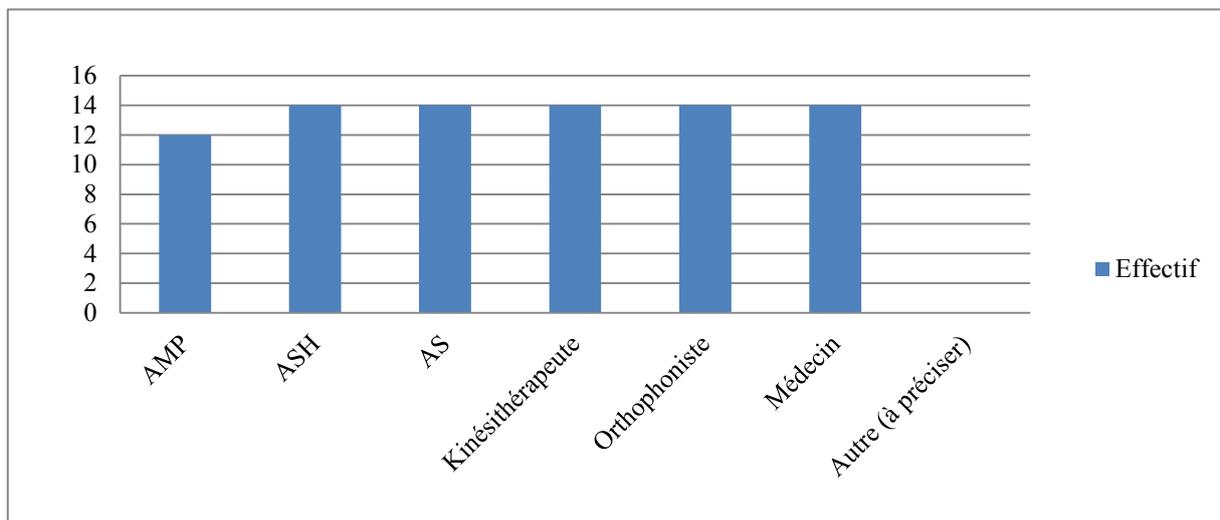
1. Description des réponses pour le questionnaire des symptômes

Question : Le remplissage de ce questionnaire vous-a-t-il posé des difficultés ?

Les 14 soignants (100%) ont répondu non.

Question : Ce questionnaire vous paraît-il faisable par les catégories professionnelles suivantes ?

Le diagramme suivant illustre la répartition des catégories professionnelles dans les réponses des soignants.



12 soignants (soit environ 85% des soignants ayant répondu) considèrent que ce questionnaire peut être complété par un(e) AMP. 14 (soit 100%) estiment que toutes les autres catégories proposées sont aptes à remplir ce questionnaire.

On constate une unité dans les réponses quelque soit la catégorie professionnelle des

soignants interrogés (IDE, AS, ASH).

Aucun soignant n'a ajouté un autre professionnel à la liste proposée.

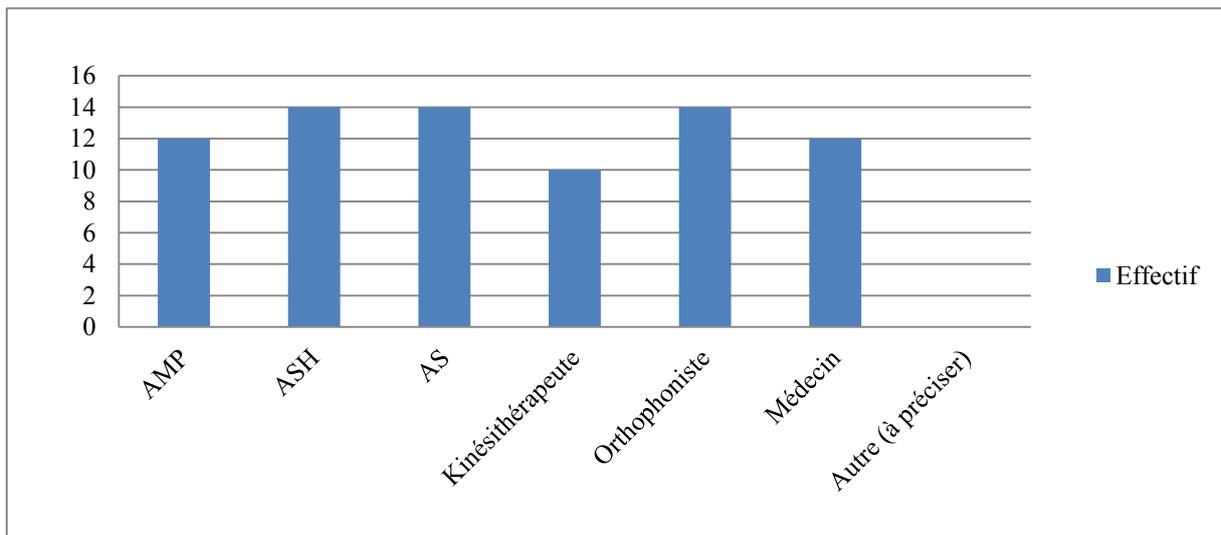
2. Description des réponses pour le questionnaire de l'appétence

Question : Le remplissage de ce questionnaire vous-a-t-il posé des difficultés ?

Les 14 soignants (100%) ont répondu non.

Question : Ce questionnaire vous paraît-il faisable par les catégories professionnelles suivantes ?

Le diagramme suivant illustre la répartition des catégories professionnelles dans les réponses des soignants.



12 soignants (soit environ 85%) considèrent que ce questionnaire peut être rempli par un(e) AMP ou un médecin. 14 (soit 100%) estiment que toutes les ASH, les AS et les orthophonistes peuvent compléter ce questionnaire.

On constate ici aussi une unité dans les réponses quelque soit la catégorie

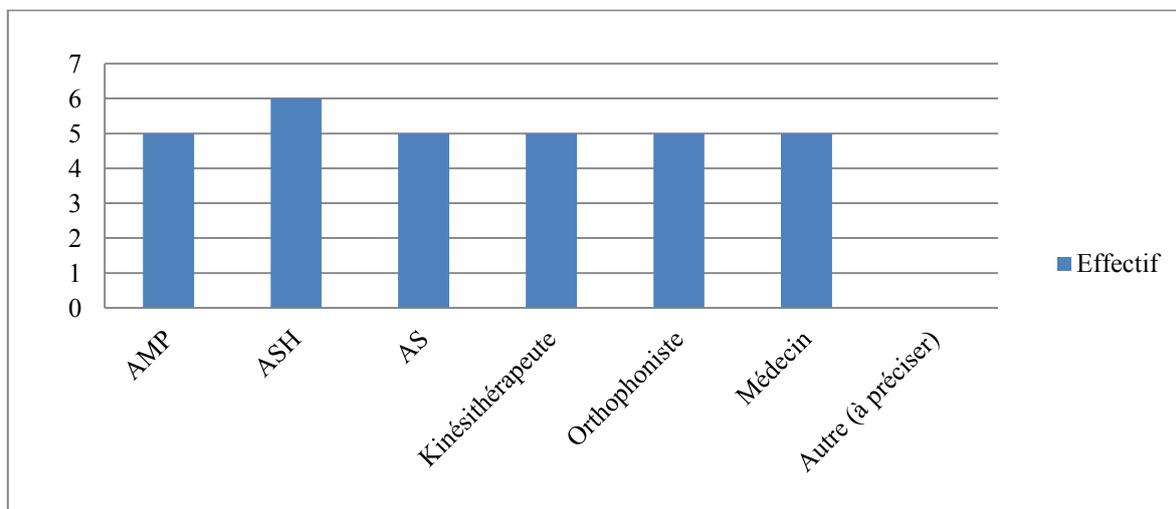
professionnelle des soignants interrogés (IDE, AS, ASH).

Aucun soignant n'a ajouté un autre professionnel dans la catégorie « autre ».

3. Description des réponses pour le test de déglutition

Pour des raisons pratiques, tous les soignants participant à l'étude n'ont pas pu assister à la passation du test. Nous avons pu le présenter à 6 soignants.

Question : Ce test vous paraît-il faisable par les catégories professionnelles suivantes ?



6 (100%) des soignants pensent que les ASH sont en capacité de faire passer le test V-VST aux résidents. 4 (environ 66%) pensent que les autres catégories peuvent faire passer le test.

DISCUSSION

I. Confrontation des hypothèses aux résultats

Hypothèse 1 : Un outil de dépistage du risque de complication du trouble de la déglutition a sa place dans un EHPAD.

Notre projet a suscité l'adhésion des professionnels soignants accompagnant au quotidien les résidents et du médecin coordonnateur. Ils ont manifesté leur besoin d'informations pour améliorer leur capacité à dépister les résidents à risque.

Afin de mettre en place ce protocole dans un EHPAD, il est nécessaire de mobiliser le médecin coordonnateur (pour le recueil des données médicales) et les soignants (pour la réalisation du test de déglutition et le remplissage des questionnaires). L'utilisation de cet outil est à priori possible dans d'autres EHPAD, si le médecin coordonnateur est investi dans cette démarche de prévention et entraîne l'investissement des soignants.

Hypothèse 2 : Cet outil permet de classer les personnes hébergées en profil de risque de décompensation.

L'incidence des événements est plus importante chez les patients classés dans le profil de risque élevé. La sensibilité (72,72%) et la spécificité (61,22%) de ce classement sont satisfaisantes. Notre outil est plus pertinent que le test de déglutition seul, qui a une sensibilité faible (36,36%) et une spécificité élevée (83,67%). On peut déduire de ces scores que lorsque le test est positif, le risque de surévaluer le trouble, et donc de pénaliser des résidents avec des adaptations non nécessaires, est important et ne permet pas de cibler assez précisément la population à risque.

On note également que les données étiologiques et le questionnaire des symptômes ont une meilleure sensibilité et spécificité que le test, et seraient donc plus prédictives du risque de décompensation de la dysphagie.

Il est difficile de déterminer exactement la cause des infections de type bronchique, dont la présence ne s'explique pas systématiquement par un trouble de la déglutition. Cette difficulté explique le plafonnement de la spécificité autour des 70%.

Hypothèse 3 : Le personnel soignant peut s'approprier cet outil et l'utiliser dans sa pratique.

Les questionnaires de faisabilité ont servi à répondre à cette hypothèse. Les soignants participant à l'étude ont validé l'utilisation des différents éléments de l'outil par leurs réponses positives à ces questionnaires.

On note cependant plusieurs limites à cette faisabilité. Tout d'abord, le nombre réduit de questionnaires recueillis. Ensuite, on peut supposer que le jugement des soignants dépend des catégories professionnelles présentes dans l'EHPAD : les réponses concernant les AMP sont moins positives que pour les autres catégories, en particulier pour le test de déglutition, car il y a seulement 2 AMP dans cet EHPAD ; les soignants seraient donc moins informés sur leurs compétences. Nous n'avons également pas d'indices sur le suivi dans le temps de ce protocole.

Hypothèse 4 : Le protocole est réalisable par les soignants en l'absence de l'intervention d'une orthophoniste dans l'institution.

Dans cette étude, le rôle de l'orthophoniste était essentiel. Ce rôle comprenait l'information des soignants, la mise en place du protocole avec le médecin coordonnateur et la réalisation d'une grande majorité des tests de déglutition.

Les réponses aux questionnaires de faisabilité et les ressentis des soignants confirment que ces derniers peuvent s'approprier le test. La présence de l'orthophoniste ne serait donc pas indispensable à cette étape du protocole. Cependant, en tant que spécialiste de la déglutition, elle le serait dans le rôle de formation des soignants et du médecin coordonnateur, qui manquent d'informations sur la déglutition et la dysphagie, et de mise en place du protocole. Dans ce projet, la collaboration médecin/orthophoniste est primordiale.

II. Limites de l'étude

Les limites de l'étude se concentrent autour de trois points : la problématique des troubles de la déglutition en EHPAD, la validité du test et la faisabilité du protocole.

Notre travail s'est focalisé sur les complications pulmonaires des troubles de la déglutition. En effet, les infections pulmonaires ont une prévalence importante dans la population âgée. Cependant, elles ne constituent qu'une partie des problématiques médicales des EHPAD, parmi lesquelles on trouve notamment les chutes et les escarres. De plus, la dysphagie du sujet âgé n'a pas seulement pour conséquences les complications pulmonaires et nutritionnelles, comme nous l'avons détaillé dans la partie théorique. Il est important de prendre en considération les conséquences psychologiques et relationnelles de ce trouble. Nous avons proposé une évaluation succincte de ces conséquences avec le questionnaire d'appétence, mais notre outil ne disposait pas d'évaluation des retentissements psychologiques.

Nous pouvons donc nous demander si notre outil est le plus adapté à la situation de l'EHPAD. D'autres tests pourraient être utilisés, par exemple en rapport avec le geste d'alimentation des soignants.

Une autre limite est le caractère ponctuel du test, qui montre les capacités du patient à un instant T uniquement. Hors les troubles de la déglutition de la personne âgée fluctuent selon plusieurs paramètres (degré de vigilance, fatigabilité, moment de la journée...), et en situation de test, les sujets sont plus attentifs à leur déglutition, ce qui constitue un biais. Le test seul ne permet pas d'objectiver la présence d'un trouble et est, nous l'avons vu, moins sensible que l'observation des soignants qui accompagnent au quotidien les résidents et ont une vision continue de leurs difficultés.

Pour calculer la fragilité des résidents, nous avons choisi de prendre uniquement en compte les complications des troubles de la déglutition les plus courantes chez la personne âgée (perte de poids, pneumopathie et encombrement bronchique). Dans un tel protocole, l'utilisation d'une échelle de fragilité plus globale (consignant notamment les escarres, le nombre de chutes,...) pourrait également être pertinente.

La dernière limite concerne la faisabilité par les soignants. Comme nous venons de le détailler, nous aurions pu enrichir notre outil avec d'autres évaluations afin d'obtenir un profil plus complet des résidents. Cependant, une des difficultés rencontrées pendant la passation de l'outil dans l'EHPAD a été le peu de temps disponible des soignants. Ces derniers étaient motivés par le projet et de façon générale pour améliorer la prévention des complications de la dysphagie, mais se trouvaient limités dans leur participation par des contraintes de temps.

CONCLUSION

Dans le domaine de la prévention de la dysphagie en EHPAD, nous avons vu qu'il est indispensable de prendre en compte l'ensemble du système que constitue l'institution gériatrique. La prévention ne doit pas seulement être axée sur l'amélioration des compétences et l'information des soignants, car cela débouche sur peu d'amélioration dans la pratique clinique.

L'outil que nous avons créé pour notre étude s'inscrit dans une logique de collaboration entre les différents acteurs de l'institution gériatrique. Les différents outils sont appropriables par les soignants, sans condition de connaissances particulières sur la dysphagie. Il propose un déroulement standardisé applicable à tout résident d'EHPAD chez qui un trouble de la déglutition est suspecté. Ce protocole a démontré une sensibilité et une spécificité satisfaisantes. Il montre également qu'un test de déglutition utilisé seul est insuffisant pour cibler une population à risque. Il est indispensable de prendre en compte les étiologies du sujet, plus prédictives d'une possible complication. Dans le cas de l'EHPAD, l'observation des soignants, en particulier les AS et ASH accompagnant les résidents pendant les repas, serait plus sensible qu'un test ponctuel.

Ce mémoire nous aura permis de découvrir le système de l'institution gériatrique, avec ses spécificités et son organisation, et de réfléchir au rôle de l'orthophoniste dans l'organisation de la prévention en EHPAD. Loin d'être un acteur isolé, il se doit d'agir en collaboration avec les soignants et médecin. Nous avons également pu constater la difficulté de mettre en place le travail d'équipe nécessaire au déroulement du protocole, à cause du temps qu'il exige.

Des travaux ultérieurs pourraient poursuivre ce mémoire en retravaillant le contenu de l'outil d'après les limites auxquelles l'expérimentation nous a confrontés. Il serait également intéressant d'observer si l'utilisation de cet outil se pérennise dans l'établissement.

BIBLIOGRAPHIE

Allepaerts S, Delcourt S, Petermans J. Les troubles de la déglutition du sujet âgé : un problème trop souvent sous-estimé. *Rev Med Liège* 2008 ; 63 : 12 : 715-721.

Bailey RL, Ledikwe JH, Smiciklas-Wright H et al. Persistent oral health problems associated with comorbidity and impaired diet quality in older adults. *J. Am. Diet. Assoc.* 2004; 104:1273-76

Berzlanovich AM, Fazeney-Dörner B, Waldhoer T, Fasching P : Foreign body asphyxia. A preventable cause of death in the elderly. *Am J Prev Med* 2005 ; 28 : 65-9.

Blanchet, V., & Viillard, M.-L. De l'accompagnement des mourants à la médecine palliative en passant par les soins palliatifs. *Médecine Palliative*, 2012 ; pp. 266-270.

Bloem, B., Lagaay, A., Van Beek, W., Haan, J., & R.A.C. Rood, A. W. (1990). Prevalence of subjective dysphagia in community residents aged over 87. *Brit Med J*(300), pp. 72 1-2.

Botella-Trelis, J. J., & Ferrero-Lopez, M. I. Handling of dysphagia in the institutionalized elderly : current situation. *Nutricion Hospitalaria*(17), 2002 ; pp. 168-174.

Boutouille C. Les effets d'une formation sur la prévention des complications des troubles de la déglutition en EHPAD, Université de Picardie Jules Verne, DUEFO Académie d'Amiens, Juin 2014

Bucht G, Sandmon PO. Nutritional aspects of dementia, especially Alzheimer disease. *Age Ageing*, 1990, 19, S32-S36.

Capet, C., & Delaunay, O. Troubles de la déglutition : de l'état bucco-dentaire à la fausse-route. Troubles de la déglutition de la personne âgée : bien connaître les facteurs de risque pour une prise en charge précoce. *Neurologie - Psychiatrie – Gériatrie* 2007 ; (40), pp. 15-23.

Ekberg, O., Hamdy, S., Woisard, V., Wuttge-Hanning, A., Ortega, P. Social and psychological burden of dysphagia : its impact on diagnosis and treatment. *Dysphagia* 2002 ; 17:139-146.

Eslick, G. D., Talley, N. J. Dysphagia : epidemiology, risk factors and impact on quality of life – a population-based study. *Alimentary Pharmacology & Therapeutics*. 2008 27, 971-979.

Ferry, M., Alix, E., Brocker, P., Constans, T., Lesourd, B., Mischlich, D., Pfintzenmeyer, P., Vellas, B. *Nutrition de la personne âgée*. Paris: Elsevier Masson. 2007

Finiels, H., Strubel, M., & Jacquot, J.-M. Les troubles de la déglutition du sujet âgé, Aspects épidémiologiques. *La Presse Médicale*(33), pp. 2001 ; 1623-1634.

Folliguet M, Veille-Finet A, Tavernier JC, et al. Dental and nutritional status of long-term care institutionalised old adults. *Age & Nutrition*.

Fontijn-Tekamp FA, Van't Hof MA, Slagter AP, et al. The state of dentition in relation to nutrition in elderly Europeans in the SENECA study of 1993. *Eur. J. Clin. Nutr.* 1996; 50 (2): 117-22

Ghezzi EM, Ship JA. Systemic diseases and their treatments in the elderly: impact on oral health . *J. Public Health Dent*. 2000; 60: 289-96

Groher, M.-E., & Kaig, T.-N. M.. Dysphagia and dietary levels in skilled nursing facilities. *Journal of the American Geriatrics Society*(43),1995 ; pp. 528-532.

Gustafsson, B., Tibbling, L. Dysphagia, an unrecognized handicap. *Dysphagia*. 1991 ; 6:193-199.

Halos MA, De Pippo KL, Reading MJ. Aspiration and relative risk of medical complications following stroke. *Arch Neurol*, 1994, 51, 1051-1053.

HAS. Stratégie de prise en charge en cas de dénutrition protéino-énergétique chez la personne âgée. Synthèse des recommandations professionnelles, 2007

Jacobsson, C., Axelsson, K., Osterlind, P. O., Norberg, A. How people with stroke and healthy people experience the eating process. *Journal of Clinical Nursing*, 2000 ; 9:255-264

Jacquot JM, Poudroux P, Piat C, Strubel D. Les troubles de la déglutition du sujet âgé : prise en charge. *Presse Med* 2001 ; 30 : 1645-1656.

Joly et al., 2000 Joly JP, Deville de Perière D, Delestan C. L'accès aux traitements bucco-dentaires chez les personnes âgées dépendantes hospitalisées. *Rev. Gériatrie* 2000; 25 (8): 547-52

Kaltenbach, G., & Berthel, M. Missions et fonctions du médecin coordonnateur en EHPAD. *Neurologie Psychiatrie Gériatrie*, 2005 ; pp. 28-31.

Kelly, J., D'Cruz, G., & Wright, D. (2010). Patients with dysphagia : experiences of taking medication. *Journal of Advanced Nursing*(66), pp. 82-91

Leake JL. An index of chewing ability. *J. Pub. Health Dent*. 1990; 50: 262-7

Leopold NA, Kagel MC. Pharyngo-oesophageal dysphagia in Parkinson's disease. *Dysphagia*, 1997, 12, 11-18.

Letournier a., Fiore M. Ne faisons pas fausse-route ! Sensibilisation transdisciplinaire sur la prise en charge au quotidien des troubles d'alimentation et de déglutition. Mémoire présenté en vue de l'obtention du certificat de capacité d'orthophonie. Université Lille II, Institut d'Orthophonie Gabriel Decroix. 2010.

Mack F, Mojon P, Budtz-Jorgensen E et al. Caries and periodontal disease of the elderly in Pomerania, Germany : results of the study of health in Pomerania. *Gerodontology* 2004; 21: 27-36

Mann G, Hankey GJ, Cameran D. Swallowing function after stroke : prognosis and prognostic factors at 6 months. *Stroke*, 1999, 30, 744-748.

Manoukian, A. *Les soignants et les personnes âgées*. Rueil-Malmaison: Lamarre. 2007

Martino, R., Beaton, D., Diamant, N. E. Perceptions of psychological issues related to dysphagia differ in acute and chronic patients. *Dysphagia* 2010 ; 25:26-34

Meriau, H. La personne âgée dysphagique en maison de retraite : orthophonie et information du personnel soignant. Mémoire présenté en vue de l'obtention du certificat de capacité d'orthophonie. Académie de Paris, Université Paris VI Pierre et Marie Curie. Juin 2013

Mylotte JM, Goodnough S, Naughton BJ : Pneumonia versus aspiration pneumonitis in nursing home residents : diagnosis and management. *J Am Geriatr Soc* 2003 ; 51 : 17-23.

Mylotte JM, Goodnough SR, Gould M : Pneumonia Versus Aspiration Pneumonitis in Nursing Home Residents: Prospective Application of a Clinical Algorithm. *J Am Geriatr Soc* 2005 ; 53 : 755-61.

NGuyen, N. P., Frank, C., Moltz, C. C. Impact of dysphagia on quality of life after head-and-neck cancer. *International Journal of Radiation Oncology*. 2005 ; vol. 61, 3:772-778

Pajukoski H, Meurman JH, Halonen P, et al. Prevalence of subjective dry mouth and burning mouth in hospitalized elderly patients and outpatients in relation to saliva, medication and systemic diseases. *Oral Surg. Oral Med. Oral Pathol. Oral Radiol. Endod.* 2001; 92 (6): 641-9
Panther K. The frazier free water protocol. *Swallowing and swallowing disorders*. Mars 2005

Panayoty, C. (2002). Les troubles alimentaires chez la personne âgée. Mémoire pour l'obtention du Certificat de Capacité d'Orthophonie. Université de Nancy

Plowman-Prine, E. K., Sapienza, C. M., Okun, M. S., Pollock, S. L., Jacobson, C., WU, S. S., Rosenbek, J. C. The relationship between quality of life and swallowing in Parkinson's disease. *Movement Disorders*. 2009 ; 9, n°9,1352-1358.

Puisieux et al. Troubles de la déglutition du sujet âgé et pneumopathies en 14 questions/réponses. *Revue Mal Respir* 2009 ; 26 ; 587-605

Rousseau, T. Approches thérapeutiques des troubles de la communication dans les démences, Etude d'un cas. *Journal de Thérapie Comportementale et Cognitive*(17), pp. 45-52. 2007

Rousselot, H., Lacave, M.-L., & Behar, J. (2012, Septembre). Fin de vie et mort du patient, en quoi l'orthophoniste est-il concerné? *Rééducation Orthophonique*(251)

Ruglio, V., Fusari, S., & Lafaille-Ronconroni, V. *Vivre au quotidien avec des troubles de la déglutition, un guide pratique pour la personne âgée et son entourage*. Marseille: Solal. 2012

Schweizer, V. Troubles de la déglutition de la personne âgée. *Revue Médicale Suisse*, 2010 ; 6, 1859-1862.

Société Française de Gériatrie et de Gérontologie SFGG, Direction Générale de la Santé, Direction Générale de l'Action Sociale. Les bonnes pratiques de soins en établissement pour personnes âgées dépendantes Octobre 2007 ; 56-57.

Strubel D, Jacquot JM. Troubles de la déglutition chez les sujets âgés. Belmin J, Chassagne P et al. *Gériatrie Masson* 2009 ; 345-353.

Tison, A. L'encombrement des voies respiratoires en fin de vie. 2003 (Masson, Éd.) *Médecine Palliative*(3), pp. 149-157.

Volant S., L'offre en établissements d'hébergement pour personnes âgées en 2011, *Etudes et résultats*, DREES, n°877, février 2014

Woisard-Bassols, V., & Puech, M. *La réhabilitation de la déglutition chez l'adulte, le point sur la prise en charge fonctionnelle*. Marseille: Solal. 2011

Woisard, V. Aspects sémiologiques de la dysphagie parkinsonienne in Ozsancak C, Auzou P. *Les troubles de la parole et de la déglutition dans la maladie de Parkinson*. Marseille : Solal, 2005

ABBREVIATIONS

AMP : Auxiliaire Médico-Psychologique

ANESM : Agence nationale de l'évaluation et de la qualité des établissements sociaux et médico-sociaux

APA : Allocation Personnalisée d'Autonomie

AS : Aide-soignant·e

ASQH : Agent de Service Hospitalier Qualifié

AVC : Accident Vasculaire Cérébral

CH : Centre Hospitalier

CLAN : Comité de liaison en Alimentation et Nutrition

CSP : Code de Santé Publique

DREES : Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques

EHPA : Etablissement d'Hébergement pour Personnes Âgées

EHPAD : Etablissement d'Hébergement pour Personnes Âgées Dépendantes

GIR : Groupe Iso-Ressources

HAS : Haute Autorité de Santé

IDE : Infirmier(ère) Diplômé(e) d'Etat

IDEc : Infirmier(ère) Diplômé(e) d'Etat coordonnateur(trice)

ORL : Oto-Rhino-Laryngologiste

RGO : Reflux gastro-oesophagien

SSO : Sphincter Supérieur de l'œsophage

VADS : Voies Aéro-Digestives Supérieures

ANNEXES

ANNEXE 1 : Tableau d'évaluation du GIR

ANNEXE 2 : Plaquette d'informations sur le projet à destination des soignants

ANNEXE 3 : Cahier d'observation du résident

ANNEXE 4 : Questionnaires de faisabilité pour les soignants ayant participé à l'étude

ANNEXE 1 : Tableau d'évaluation du GIR

GIR 1	Personnes âgées confinées au lit ou au fauteuil, dont les fonctions mentales sont gravement altérées ou qui nécessitent une présence indispensable et continue d'intervenants
GIR 2	Personnes âgées confinées au lit ou au fauteuil, dont les fonctions intellectuelles ne sont pas totalement altérées et dont l'état exige une prise en charge pour la plupart des activités de la vie courante. Personnes âgées dont les fonctions mentales sont altérées, mais qui ont conservé leurs capacités de se déplacer
GIR 3	Personnes âgées ayant conservé leur autonomie mentale, partiellement leur autonomie locomotrice, mais qui ont besoin quotidiennement et plusieurs fois par jour d'être aidées pour leur autonomie corporelle
GIR 4	Personnes âgées n'assurant pas seules leurs transferts mais qui, une fois levées, peuvent se déplacer à l'intérieur de leur logement. Elles doivent parfois être aidées pour la toilette et l'habillage
GIR 5	Personnes âgées ayant seulement besoin d'une aide ponctuelle pour la toilette, la préparation des repas et le ménage
GIR 6	Personnes âgées n'ayant pas perdu leur autonomie pour les actes essentiels de la vie courante.

ANNEXE 2 : Plaquette d'informations sur le projet à destination des soignants

Critères	Nectar			Liquide			Pudding		
	5 ml	10 ml	20 ml	5 ml	10 ml	20 ml	5 ml	10 ml	20 ml
Sécurité									
Toux	N / O	N/ O/ NF	N/ O/ NF	N/ O/ NF	N/ O/ NF	N/ O/ NF	N/ O/ NF	N/ O/ NF	N/ O/ NF
Modification de la voix	N / O	N/ O/ NF	N/ O/ NF	N/ O/ NF	N/ O/ NF	N/ O/ NF	N/ O/ NF	N/ O/ NF	N/ O/ NF
Chute SaO2 > 3%									
Efficacité									
Bavage	N / O	N/ O/ NF	N/ O/ NF	N/ O/ NF	N/ O/ NF	N/ O/ NF	N/ O/ NF	N/ O/ NF	N/ O/ NF
Résidu oral	N / O	N/ O/ NF	N/ O/ NF	N/ O/ NF	N/ O/ NF	N/ O/ NF	N/ O/ NF	N/ O/ NF	N/ O/ NF
Déglutitions multiples	N / O	N/ O/ NF	N/ O/ NF	N/ O/ NF	N/ O/ NF	N/ O/ NF	N/ O/ NF	N/ O/ NF	N/ O/ NF
Résidu pharyngé	N / O	N/ O/ NF	N/ O/ NF	N/ O/ NF	N/ O/ NF	N/ O/ NF	N/ O/ NF	N/ O/ NF	N/ O/ NF
Conclusion	Normal	☐		Sécurité altérée	☐		Efficacité altérée	☐	
Recommandations									
Aucune	☐								
Exploration à prévoir	☐								
Adapter textures et volumes	☐			Si adaptation	5 ml	10 ml	20 ml		
				Nectar	non / oui	non / oui	non / oui		
				Liquides	non / oui	non / oui	non / oui		
				Pudding	non / oui	non / oui	non / oui		

Réalisation : administrer des volumes croissants de différentes textures et évaluer à chaque déglutition la présence de signes d'altération de l'efficacité ou de la sécurité. On note N (non) si l'évènement n'est pas observé, O (oui) s'il est observé et NF (non fait) si le volume de la texture n'est pas testé.

CREATION D'UN PROTOCOLE D'EVALUATION DU RISQUE DE DECOMPENSATION DU TROUBLE DE LA DEGLUTITION CHEZ LES PERSONNES AGES HEBERGEES EN EHPAD



Le principe de notre projet est de créer un outil de dépistage du risque de décompensation du trouble de la déglutition.

Un aspect primordial à évaluer dans la prise en charge du patient présentant un trouble de la déglutition est sa plainte. Les repas constituant un moment de plaisir, d'échange et de convivialité, adapter systématiquement le bol alimentaire dès les premiers signes de trouble peut altérer la qualité de vie de la personne. Il importe donc de ne pas se limiter à évaluer seulement le risque mais aussi la gêne et l'inconfort ressentis par le patient afin de prévenir d'éventuelles complications.

Le but de cette étude est de proposer un modèle d'organisation dans le cadre de l'institution pour gérer les troubles de la déglutition des personnes hébergées.

Cet outil permettra l'établissement d'un profil de risque de décompensation pour chaque résident, grâce aux informations sur la fragilité du résident en rapport avec les troubles de la déglutition et la sévérité du trouble attestée par un test de déglutition, le V-VST. Trois profils seront détectés : les

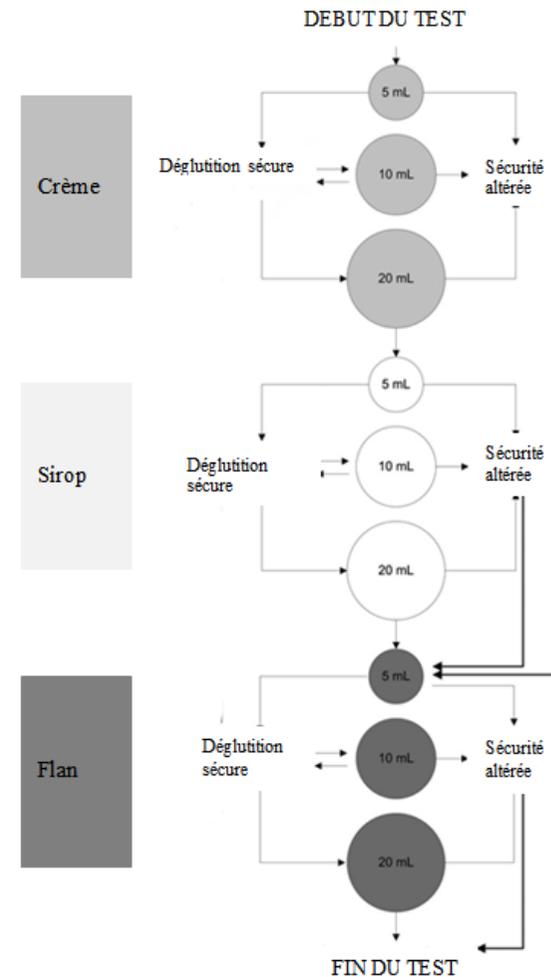
personnes à haut risque de présenter des complications nécessitant des adaptations alimentaires et des conduites à tenir spécifiques, les personnes à risque moyen, nécessitant une surveillance particulière et les personnes à risque faible qui ne nécessitent pas de surveillance spécifique.

DEROULEMENT DU PROTOCOLE

- ▶ Distribution de la présente plaquette pour informer les soignants participant à l'étude
- ▶ Passation de l'outil d'évaluation :
 - ▶ Recueil des antécédents à risque ou signant la fragilité aux troubles à partir du dossier médical
 - ▶ Passation du test de dépistage VVST par l'orthophoniste
 - ▶ Remplissage des questionnaires de symptômes et d'appétence dans un délai de 48 heures par rapport à la réalisation du test.
 - ▶ Conclusions des tests et mise en place des conduites à tenir par le médecin si besoin.
- ▶ Traçabilité des actions et des événements pendant 2 mois à partir de la catégorisation du patient (grâce aux éléments du dossier médical)
- ▶ Evaluation de la faisabilité par une enquête auprès des soignants de l'institution participant à l'étude

ANNEXES

Test de déglutition : V-VST



ANNEXE 3 : Cahier d'observation du résident

CAHIER D'OBSERVATION DU RESIDENT

POUR L'ETABLISSEMENT DU PROFIL DE RISQUE

Identification

(3 premières lettres du nom et première lettre du prénom et si doublon n° du doublon)

.....

Critères d'inclusion

Alimentation per os totale ou partielle

Données anthropomorphiques

Age à la date de la saisie (année)

Poids (kg)

IMC (Poids/Taille²)

,

Situation médicale signant une fragilité par rapport aux troubles de la déglutition (situation observée dans les 3 mois précédents)

- 1. Un épisode d'infection pulmonaire (fièvre avec point d'appel pulmonaire nécessitant des antibiotiques dans les 3 mois précédents en excluant les périodes d'épidémie)
- 2. Un épisode d'encombrement bronchique justifiant une kinésithérapie (dans les 3 mois précédents en excluant les périodes d'épidémie)
- 3. Insuffisance respiratoire sévère justifiant une oxygénothérapie sans décompensation
- 4. Une perte de poids supérieure à 5% du poids avec ou sans récupération partielle sur la période
- 5. Un indice de masse corporelle inférieur à 21 sans perte de poids
- 6. Plus d'un épisode d'infection pulmonaire (fièvre avec point d'appel pulmonaire nécessitant des antibiotiques dans les 3 mois précédents)
- 7. Plus d'un épisode d'encombrement bronchique justifiant une kinésithérapie quotidienne
- 8. Un épisode de décompensation sur insuffisance respiratoire sévère

DEGRE DE FRAGILITE Leger modéré élevé

Le degré de fragilité est considéré comme

- léger si aucun case n'est cochée

- modéré si une seule case est cochée entre 1 et 5

- sévère si les cases 6 à 8 sont cochées ou si plusieurs cases sont cochées

Antécédents médicaux à risque (cocher la case)

Neurologiques

Démence non oui

si oui préciser le degré de sévérité de la démence:

léger modéré sévère

si oui préciser le type :

Alzheimer , vasculaire , mixte

Syndrome extrapyramidal non oui

si oui préciser le degré de sévérité du syndrome extrapyramidal :

léger modéré Sévère

si oui préciser le type :

Parkinson , Paralytie Supranucléaire Progressive , Atrophie multisystématisée

AVC non oui

si oui préciser :

présence d'une dyspraxie OBF , présence d'une anosognosie , présence d'un trouble de l'attention

si oui préciser le type :

tronc cérébral , hémisphérique

Autre maladie neurologique à risque non oui

si oui préciser le type :

SLA , SEP , autres à préciser _ _ _ _ _

Anomalies structurelles du carrefour

Présence connue d'anomalies du rachis cervical

non oui

ATCD chirurgicaux ou carcinologiques ORL au niveau de la cavité buccale, du pharynx ou du pharynx

non oui

si oui préciser : -----

Antécédents gastroentérologiques

non oui

si oui préciser la cause : RGO maladie , achalasie , diverticule , cancer de l'œsophage , cancer gastrique , autres -----

si oui préciser si présence de gastroparésie non oui

si oui préciser si présence de régurgitation ou reflux quotidien non oui

et si ou préciser leur fréquence :

tous les jours , au moins une fois par semaine , non quantifiable

Antécédents psychiatriques

Troubles de l'attention sévère non oui

Troubles cognitifs sévères non oui

Si oui à l'un des 2 items préciser la cause : -----

Prise de médicaments (iatrogénie)

Neuroleptiques non oui

si oui préciser pourquoi : -----

Benzodiazépines non oui

si oui préciser pourquoi : -----

Antalgiques pallier 2 non oui

Antalgiques pallier 3 non oui

si oui préciser pourquoi : -----

Anticonvulsivants non oui

si oui préciser pourquoi : -----

Anticholinergiques non oui

si oui préciser pourquoi : -----

Préciser si médicament à risque ne figurant pas sur la liste: -----

Test de déglutition : le Volume Viscosity Swallowing test

Critères	Nectar			Liquide			Pudding		
	5 ml	10 ml	20 ml	5 ml	10 ml	20 ml	5 ml	10 ml	20 ml
Sécurité									
Toux	N / O/ NF	N/ O/ NF	N/ O/ NF	N/ O/ NF	N/ O/ NF	N/ O/ NF	N/ O/ NF	N/ O/ NF	N/ O/ NF
Modification de la voix	N / O/ NF	N/ O/ NF	N/ O/ NF	N/ O/ NF	N/ O/ NF	N/ O/ NF	N/ O/ NF	N/ O/ NF	N/ O/ NF
Chute SaO2 > 3%									
Efficacité									
Bavage	N / O/ NF	N/ O/ NF	N/ O/ NF	N/ O/ NF	N/ O/ NF	N/ O/ NF	N/ O/ NF	N/ O/ NF	N/ O/ NF
Résidu oral	N / O/ NF	N/ O/ NF	N/ O/ NF	N/ O/ NF	N/ O/ NF	N/ O/ NF	N/ O/ NF	N/ O/ NF	N/ O/ NF
Déglutitions multiples	N / O/ NF	N/ O/ NF	N/ O/ NF	N/ O/ NF	N/ O/ NF	N/ O/ NF	N/ O/ NF	N/ O/ NF	N/ O/ NF
Résidu pharyngé	N / O/ NF	N/ O/ NF	N/ O/ NF	N/ O/ NF	N/ O/ NF	N/ O/ NF	N/ O/ NF	N/ O/ NF	N/ O/ NF
Conclusion	Normal	<input type="checkbox"/>		Sécurité altérée	<input type="checkbox"/>		Efficacité altérée	<input type="checkbox"/>	
Recommandations									
Aucune	<input type="checkbox"/>								
Exploration à prévoir	<input type="checkbox"/>								
Adapter textures et volumes	<input type="checkbox"/>			Si adaptation	5 ml	10 ml	20 ml		
				Nectar	non / oui	non / oui	non / oui		
				Liquides	non / oui	non / oui	non / oui		
				Pudding	non / oui	non / oui	non / oui		

SEVERITE DU TROUBLE nulle légère modérée élevée

Le degré de sévérité est jugé :

- nul si le test est conclu normal et qu'il n'y a aucun antécédent à risque
- léger si le test est conclu normal et qu'il y a des antécédents à risque
- modéré si le test est conclu "efficacité altérée "
- élevé si le test est conclu "sécurité altérée" ou s'il est conclu "efficacité altérée" mais que le patient présente un antécédent à risque.

Evaluation de la présence de trouble de la déglutition (adaptation du DHI partie symptôme) et de l'appétence pour l'alimentation par le soignant

Nom _____ Prénom _____ date _____

J=jamais PJ= presque jamais P= parfois PT= presque toujours T= toujours

SYMPTOMES	J	PJ	P	PT	T
J'ai l'impression qu'il ressent une gêne pour avaler					
J'ai l'impression qu'il reste des aliments collés ou bloqués dans sa gorge					
J'ai l'impression qu'il a des difficultés à déglutir les liquides					
Il tousse ou racle sa gorge pendant ou après le repas					
Il s'étouffe en mangeant ou en buvant					
J'ai l'impression qu'il a des remontées de liquides ou d'aliments après le repas					
J'ai l'impression qu'il a du mal à mâcher					
Des aliments passent par son nez quand il boit ou quand il mange					
Il bave quand il mange					
J'ai l'impression qu'il est gêné pour respirer quand il mange					
TOTAL SYMPTOMES					
APPETENCE ALIMENTATION	J	PJ	P	PT	T
<u>Plaisir social</u>					
J'ai l'impression qu'il apprécie le côté relationnel du moment du repas					
<u>Plaisir alimentaire</u>					
J'ai l'impression qu'il prend du plaisir à manger					
TOTAL APPETENCE ALIMENTATION					

CONCLUSION

		Fragilité		
		Légère	Modérée	Importante
Sévérité	Nulle	0	0/1	1
	Légère	0	1/2/3*	2/3*
	Modérée	1/2/3*	2/3*	4
	Importante	4	4	4

CONDUITES A TENIR

0 = Aucune action
 1 = Réévaluation
 2 = Surveillance courbe de température 1 semaine par mois et vérification hygiène buccodentaire et posture
 3 = Action en terme d'adaptation / hygiène buccodentaire et posture
 4 = Action +/- bilan en fonction du contexte éthique
 * = à moduler en fonction du score pour l'appétence

**SURVEILLANCE DES ÉVÉNEMENTS MÉDICAUX
SURVENUS PENDANT UNE PÉRIODE DE 2 MOIS À
COMPTER DE L'ÉVALUATION INITIALE**

Evénements	date

TRAÇABILITÉ DES ACTIONS MENÉES SUITE AU BILAN

	date
Renouvellement du test	
Surveillance	
Adaptation des textures et volumes	
Bilan	

ANNEXE 4 : Questionnaires de faisabilité pour les soignants ayant participé à l'étude

QUESTIONNAIRE DE FAISABILITE PAR LE PERSONNEL DE L'EHPAD

Votre établissement a fait l'objet d'une recherche dans le cadre d'un mémoire d'orthophonie.

Vous avez appris à utiliser un questionnaire de dépistage **oui / non** et d'évaluation de l'appétence pour l'alimentation des résidents **oui / non** et avez pu assister l'orthophoniste lors de la passation du test de déglutition **oui / non** .

Quelle est votre catégorie professionnelle :

TEST DE DEGLUTITION		
Ce test vous paraît-il faisable par les catégories professionnelles suivantes :		
	OUI	NON
AMP		
ASH		
AS		
IDE		
Kinésithérapeute		
Orthophoniste		
Médecin		
Autre :		

QUESTIONNAIRE DES SYMPTOMES

Le remplissage de ce questionnaire vous a-t-il posé des difficultés ?

	OUI	NON

Si oui, veuillez préciser quelle(s) question(s) :

	OUI	NON
J'ai l'impression qu'il ressent une gêne pour avaler		
J'ai l'impression qu'il reste des aliments collés ou bloqués dans sa gorge		
J'ai l'impression qu'il a des difficultés à déglutir les liquides		
Il tousse ou racle sa gorge pendant ou après le repas		
Il s'étouffe en mangeant ou en buvant		
J'ai l'impression qu'il a des remontées de liquides ou d'aliments après le repas		
J'ai l'impression qu'il a du mal à mâcher		
Des aliments passent par son nez quand il boit ou quand il mange		
Il bave quand il mange		
J'ai l'impression qu'il est gêné pour respirer quand il mange		

Si oui, mais que cela n'est pas en rapport avec une question, veuillez noter ici ce qui vous a dérangé :

Ce questionnaire vous paraît-il faisable par les catégories professionnelles suivantes :

	OUI	NON
AMP		
ASH		
AS		
IDE		
Kinésithérapeute		
Orthophoniste		
Médecin		
Autre :		

QUESTIONNAIRE DE L'APPETENCE A L'ALIMENTATION

Le remplissage de ce questionnaire vous a-t-il posé des difficultés ?

OUI

NON

Si oui, veuillez préciser quelle(s) question(s) :

OUI

NON

Plaisir social

J'ai l'impression qu'il apprécie le côté relationnel du moment du repas

Plaisir alimentaire

J'ai l'impression qu'il prend du plaisir à manger

Si oui, mais que cela n'est pas en rapport avec une question, veuillez noter ici ce qui vous a dérangé :

Ce questionnaire vous paraît-il faisable par les catégories professionnelles suivantes :

OUI

NON

AMP

ASH

AS

IDE

Kinésithérapeute

Orthophoniste

Médecin

Autre :

RESUME

Les personnes âgées sont une population particulièrement sujette aux troubles de la déglutition et à leurs complications. Cette fréquence s'explique par le vieillissement physiologique de la déglutition et la prévalence importante de pathologies et de situations à risque chez ces sujets. La prévalence de la dysphagie est plus importante chez les personnes hébergées en institution gériatrique, souvent dépendantes et souffrant de polyopathie.

La prévention de ces troubles est primordiale pour limiter les complications et préserver une meilleure qualité de vie possible. Le rôle de l'orthophoniste s'inscrit dans cette démarche de prévention et de formation des soignants. Cependant, la prévention se base souvent sur les connaissances individuelles des soignants, et non sur des programmes adaptés au fonctionnement de la structure en elle-même. Nous avons donc élaboré un protocole de dépistage du risque de décompensation de la dysphagie, qui propose un déroulement standardisé, du repérage à la mise en place de conduites à tenir en fonction du trouble.

Ce protocole inclut des évaluations objectives et la prise en compte de données écologiques, ainsi que la collaboration de tous les acteurs de l'EHPAD, en particulier les soignants accompagnant au quotidien les résidents. L'expérimentation menée dans un EHPAD nous a permis de valider la faisabilité de cet outil dans la pratique des soignants.

Mots clés : prévention, troubles de la déglutition, EHPAD, sujets âgés, dépistage

ABSTRACT

Elderly people are especially prone to swallowing disorders and their complications. This can be explained by the aging of the swallowing function and the prevalence of illnesses and at-risk situation amongst this population. Dysphagia is even more important amongst elderly people in nursing home, due to the high prevalence of dependence and polyopathy. Preventing dysphagia is essential in order to limit complications and preserve a good life quality. The role of the speech therapist fits into the need for prevention and training of caregivers in nursing homes. Yet, prevention often consists in improving caregivers' knowledge about dysphagia, and does not offer improvements at the institution's scale. So, we created a dysphagia's decompensation risk screening protocol that includes a standardized continuity from screening to medical behavior and adaptations. This protocol contains objective assessments and takes into account environmental data. It also involves every caregivers of the nursing home, especially the ones caring daily for the elderly people. The experimentation that has been carried out in a nursing home has validated the practicability of this protocol in the caregivers practice.

Keywords : prevention, swallowing disorders, nursing homes, elderly people, screening