



<http://portaildoc.univ-lyon1.fr>

Creative commons : Attribution - Pas d'Utilisation Commerciale
- Pas de Modification 4.0 France (CC BY-NC-ND 4.0)



<https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/deed.fr>



N° de mémoire 2410

Mémoire d'Orthophonie

présenté pour l'obtention du

Certificat de capacité d'orthophoniste

Par

ALMUNIA Oriane

Prévention du syndrome gériatrique de déglutition :
Utilisation du programme ICOPE comme outil de repérage précoce,
vers un soin orthophonique.

Mémoire dirigé par

BERBON Caroline
CORMARY Xavier

Membres du jury

GARNIER-CRUSSARD Antoine
GENTIL Claire

Année académique

2023-2024

INSTITUT DES SCIENCES ET TECHNIQUES DE READAPTATION
DEPARTEMENT ORTHOPHONIE

Directeur ISTR
Pr. Jacques LUAUTÉ

Équipe de direction du département d'orthophonie

Directeur de formation
Solveig CHAPUIS

Coordinateur de cycle 1
Claire GENTIL

Coordinateur de cycle 2
Ségolène CHOPARD

Responsables de l'enseignement clinique

Johanne BOUQUAND
Anaïs BOURRELY
Ségolène CHOPARD
Alice MICHEL-JOMBART

Responsables des travaux de recherche

Mélanie CANAULT
Floriane DELPHIN-COMBE
Claire GENTIL
Nicolas PETIT

Responsables de la formation continue

Johanne BOUQUAND
Charline LAFONT

Responsable du pôle scolarité

Rachel BOUTARD

Secrétariat de scolarité
Audran ARRAMBOURG
Danièle FEDERICI

UNIVERSITE CLAUDE BERNARD LYON 1

Président
Pr. FLEURY Frédéric

Vice-président CFVU
Mme BROCHIER Céline

Vice-président CA
Pr. REVEL Didier

Vice-président CR
M. HONNERAT Jérôme
Délégué de la Commission Recherche Secteur
Santé

Directeur Général des Services
M. ROLLAND Pierre

1 Secteur Santé

U.F.R. de Médecine Lyon Est Doyen
Pr. RODE Gilles

Institut des Sciences Pharmaceutiques et
Biologiques
Pr. DUSSART Claude

U.F.R. de Médecine et de maïeutique
Lyon-Sud Charles Mérieux Doyenne
Pr. PAPAREL Philippe

Institut des Sciences et Techniques de la
Réadaptation (I.S.T.R.)
Pr LUAUTÉ Jacques

U.F.R. d'Odontologie
Pr. MAURIN Jean-Christophe

2 Secteur Sciences et Technologie

U.F.R. Faculté des Sciences
Directeur **M. ANDRIOLETTI Bruno**

Institut des Sciences Financières et
d'Assurance (I.S.F.A.)
Directeur **M. LEBOISNE Nicolas**

U.F.R. Biosciences
Directrice **Mme GIESELER Kathrin**

Observatoire Astronomique de Lyon
Directeur **M. GUIDERDONI Bruno**

U.F.R. de Sciences et Techniques des
Activités Physiques et Sportives
(S.T.A.P.S.)
Directeur **M. BODET Guillaume**

POLYTECH LYON
Directeur **M. PERRIN Emmanuel**

Institut National Supérieure du
Professorat et de l'Éducation (INSPé)
Directeur **M. CHAREYRON Pierre**

Institut Universitaire de Technologie de
Lyon 1 (I.U.T. LYON 1)
Directeur **M. MASSENZIO Michel**

RÉSUMÉ

Le vieillissement de la population induit l'augmentation des problématiques liées à l'âge. Les prévisions démographiques indiquent qu'il convient de s'y intéresser scrupuleusement. Parmi les problématiques, les troubles de la déglutition peuvent s'installer insidieusement chez les seniors. Cela induit une réelle altération de leur qualité de vie et les mènent parfois à d'importantes complications. Cette dysphagie est reconnue comme un problème de santé publique et est considérée comme partie intégrante du syndrome gériatrique. Celui-ci correspond à un cercle vicieux plurifactoriel qui peut affecter durement les sujets âgés. Effectivement, ce trouble peut être appréhendé selon différents prismes. Cette enquête s'attarde spécifiquement sur la fragilité comme un facteur de risque vers le trouble et ses complications, chez les sujets âgés. Au vu du lien étroit établi dans la littérature entre la dysphagie et les fragilités, le programme ICOPE apparaît comme un moyen de repérer cette population. Cependant, il ne propose pas en lui-même un moyen explicite d'y parvenir. Il est donc question de sonder une cohorte de professionnels intégrés au programme sur la possibilité d'implémenter un outil pour ce faire, à savoir le EAT-10. Cet outil de dépistage a été mis en exergue par la littérature pour son efficacité, sa simplicité et sa rapidité d'utilisation. L'enquête a été menée par le biais d'un questionnaire puis par la conduite d'entretiens. Cette méthodologie a permis de récolter des données estimatives révélant une tendance favorable à cette implémentation. Les échanges interprofessionnels qui se sont tenus au cours de l'étude témoignent également de nombreux questionnements quant à la sensibilisation professionnelle au syndrome gériatrique de déglutition et aux troubles de la déglutition chez les patients âgés. Cela amorce une véritable réflexion multiprofessionnelle au sein de la communauté de santé et ouvre vers de multiples perspectives.

Mots-clés : Dysphagie - Presbyphagie - Déglutition - Fragilité - Prévention - ICOPE - Repérage - Dépistage

ABSTRACT

The ageing of the population is leading to an increase in age-related issues. Demographic forecasts indicate that we need to take a scrupulous interest in these issues. Among them, swallowing disorders can creep up on seniors. This has a real impact on their quality of life, sometimes leading to major complications. This dysphagia is recognised as a public health problem and is now considered to be an integral part of the geriatric syndrome. This is a multi-factorial vicious circle that can severely affect elderly subjects. In fact, this disorder can be approached from a number of different angles. This study focuses specifically on the frailty factor as a gateway to the disorder and its complications in elderly subjects. Given the close link established in the literature between dysphagia and frailty, the ICOPE programme appeared to be a way of identifying this population. However, it does not propose an explicit means of doing so. We therefore asked a cohort of professionals involved in the programme about the possibility of implementing a tool for this purpose, namely the EAT-10. This screening tool has been highlighted in the literature for its effectiveness, simplicity and speed of use. The survey was conducted using a questionnaire followed by interviews. This methodology ultimately enabled us to gather estimated data revealing a favourable trend towards this implementation. The inter-professional exchanges that took place during the study also revealed a number of questions about professional awareness of geriatric swallowing syndrome and swallowing disorders in elderly patients. This is the start of a genuine multi-professional debate within the healthcare community and opens up a wide range of prospects.

Keywords: Dysphagia - Presbyphagia - Swallowing - Fragility - Prevention - ICOPE - Identification – Screening

REMERCIEMENTS

Je tiens sincèrement à remercier mes parents d'avoir facilité ce long chemin vers l'orthophonie, avec un soutien sans faille et beaucoup d'amour. Sans vous, rien n'aurait été possible, alors merci beaucoup, merci pour tout ...

Un très grand merci à toute ma famille qui m'aura apporté beaucoup de réconfort, de soutien, d'amour et surtout de rires quand j'en avais besoin. J'ai une pensée particulière pour mes grands-parents et mon parrain.

A mes kakites, à ma fratrie de cousins et vos incroyables valeurs ajoutées.

Merci à mes amis et aux amis de la famille, à leurs attentions, leurs encouragements et surtout leur compréhension.

A ma Mimi, à Vavou. A ma plus vieille copine, Cha. A mon binôme de prépa, Adèle. A mon amie et incroyable MDS, Marion (et Toto bien-sûr). A tous ceux que le temps ou la distance éloignent mais avec qui rien ne change.

Un immense MERCI à Caroline Berbon et Xavier Cormary, pour leur engagement, leur temps, leur patience et leurs mots. Je suis très reconnaissante de votre accompagnement pour cette fin de cursus !

Je remercie les orthophonistes qui ont croisé ma route de m'avoir inculqué leurs savoirs sur ce beau métier. Je remercie également les professionnels qui ont contribué à l'aboutissement de ce travail. A Sandrine Blatzheim et Elodie Bonnafous pour avoir nourri mes réflexions, à Nicolas Homehr pour ses contacts, aux professionnels qui ont répondu au questionnaire, aux infirmières que j'ai interrogées et à Maéva Fontas pour sa relecture.

Il reste un dernier un remerciement spécial (et pas des moindres !).

Il s'adresse à mes deux sœurs lyonnaises.

Merci pour cette tonne d'aventures, pour ces montagnes russes et à toutes celles qui nous attendent.

Coccinelle : symbole d'amour, de chance et de bonheur.

SOMMAIRE

INTRODUCTION.....	1
THEORIE.....	2
I. La déglutition et ses troubles	2
1. La déglutition normale	2
2. Les troubles de la déglutition.....	2
2.1. L'étiologie et facteurs de risque.....	3
2.2. Une déglutition vieillissante : la presbyphagie	3
3. Les complications provoquées par la dysphagie	3
3.1. La dénutrition	4
3.2. La déshydratation	4
3.3. Les pneumopathies par inhalation	4
3.4. L'asphyxie	5
4. Le diagnostic.....	5
II. L'enjeu d'un repérage précoce des troubles de la déglutition chez les sujets fragiles.....	6
1. Les sujets fragiles	6
1.1. La fragilité.....	6
1.2. Le syndrome gériatrique	7
1.3. Le syndrome gériatrique de déglutition	7
2. L'intérêt d'un repérage précoce des troubles de la déglutition chez les sujets fragiles	8
III. Le programme ICOPE et les outils susceptibles d'y être implémentés en vue du repérage des syndromes gériatriques des troubles de la déglutition	8
1. Définition du programme	8
2. La pertinence du programme ICOPE au profit du repérage du syndrome gériatrique de déglutition.....	9
3. Les outils susceptibles d'être implémentés au programme.....	10
3.1. Le Volume-Viscosity Swallow Test (V-VST)	10
3.2. Le 3 Oz water swallow test (WST)	11
3.3. Le moyen utilisé dans la Canadian Longitudinal Study on Aging (CLSA).....	11

3.4. Le « Eating Assessment Tool - 10 » (EAT-10)	11
MÉTHODE.....	13
I. Population.....	13
II. Questionnaire	13
1. Matériel	13
2. Procédure	14
III. Entretiens	15
1. Matériel	15
2. Procédure	15
IV. Démarches administratives et éthiques	16
RÉSULTATS	17
I. Questionnaire	17
1. Analyses univariées.....	17
2. Analyses bivariées.....	20
2.1. En fonction de la profession	20
2.2. En fonction de l'orientation en consultation orthophonique	20
II. Entretiens	21
1. Pertinence du EAT-10 dans le cadre du programme ICOPE.....	21
2. Simplicité d'utilisation	22
3. Rapidité d'utilisation.....	24
DISCUSSION	24
CONCLUSION	30

INTRODUCTION

L'Institut national de la statistique et des études économiques (INSEE) a constaté un vieillissement global de la population (Demaison et al., 2019). Cette évolution est liée à la forte natalité survenue après la Seconde Guerre Mondiale : la génération de baby-boomers avoisine aujourd'hui les 65 ans. C'est l'âge à partir duquel les personnes sont considérées comme « âgées » par l'Institut de statistiques (Athari et al. 2019). Le vieillissement de la population mondiale n'est pas prêt de cesser : l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) affirme que celle-ci va quasiment doubler dans les décennies à venir (OMS, 2022). Les personnes de plus de 60 ans devraient atteindre 1,2 milliard d'ici 2025. (Krishnamoorthy et al., 2018). En France, au 1er janvier 2023, les personnes âgées représentaient 21,3% de la population (INSEE, 2023). Le vieillissement peut se définir comme un « processus par lequel un organisme humain subit une série de transformations entraînant la dégénérescence de certaines cellules, ce qui provoque l'affaiblissement et le ralentissement des fonctions vitales et des modifications d'ordre physique, physiologique et psychique » (Centre National de Ressources Textuelles et Lexicales (CNRTL), s.d). Ce déclin « entraîne une dégradation progressive des capacités physiques et mentales, une majoration du risque de maladie et, enfin, le décès » (OMS, 2022). Les problématiques liées à l'âge accompagnent l'évolution démographique et sont rencontrées de plus en plus fréquemment. Cela comprend la dysphagie, ses facteurs et ses conséquences, à tel point qu'elles sont devenues une réelle problématique de santé publique (Pepersack, 2016). D'ailleurs, en 2016, la Société de Médecine Gériatrique de l'Union Européenne (EUGMS) a identifié cette affection comme partie intégrante du syndrome gériatrique. En dépit d'un sous-diagnostic, la dysphagie concerne environ 60% des personnes institutionnalisées et environ 23 % des sujets âgés vivant à domicile (citée par Baijens et al., 2016). Le taux de mortalité est 2,74 fois plus élevé chez des patients dysphagiques que chez des sujets sains (Banda et al., 2022) Ce trouble peut être induit par différentes atteintes, mais, il peut également être lié au vieillissement et la fragilité des sujets âgés (Chen et al., 2021). Le programme ICOPE (de l'anglais, Integrated Care for Older People) soit les Soins Intégrés pour les Personnes Âgées (Sum et al., 2022) est un outil de dépistage récent expérimenté en France, qui s'intéresse aux sujets âgés fragiles. Il possède de nombreux atouts dans son organisation. Cependant, il ne dépiste pas précisément le syndrome gériatrique de déglutition. Ainsi, il est apparu intéressant de se questionner sur la possibilité d'y implémenter un outil qui permettrait d'aider au repérage de ce syndrome. Pour ce faire, la littérature révèle le « Eating Assessment Tool – 10 » (EAT-10) comme un outil adapté ; décrit comme efficace, simple et rapide d'utilisation (Schindler et al., 2023).

Il paraît important de rappeler en premier lieu la physiologie de la déglutition, les troubles qui peuvent l'affecter, ainsi que la manière dont ils peuvent être diagnostiqués. Dans un second temps, il sera intéressant de se pencher sur les conditions qui fragilisent les séniors, leur lien avec les troubles de la déglutition et l'enjeu d'un repérage précoce. Enfin, le programme ICOPE et les outils susceptibles d'y être implémentés seront présentés.

THEORIE

I. La déglutition et ses troubles

1. La déglutition normale

De nombreux auteurs s'accordent pour définir la déglutition comme un enchaînement dynamique et complexe, assurant le transit des aliments et/ou de la salive entre la bouche et l'estomac. A cette notion, s'ajoute la mise en œuvre d'un mécanisme de protection des voies aériennes supérieures qui garantit une déglutition optimale (Auzou, 2007; Capet et al., 2007; Gentil et al., 2021; Prades et al., 2009; Woisard & Puech., 2011). La fonction de déglutition requiert de fines capacités de coordination entre les diverses structures anatomiques et les mouvements qu'elles réalisent (Prades et al., 2009). Classiquement, trois grands temps se distinguent : la phase orale, la phase pharyngée et la phase œsophagienne (Woisard & Puech, 2011). Guatterie (2007) rappelle l'importance de ne pas évoquer une « déglutition pharyngolaryngée » (p.20) car la phase impliquant le larynx n'est qu'une étape de protection et non pas de déglutition stricte des aliments. Le sujet sain investit ces mouvements tout au long de la journée : d'une part, en avalant sa salive, avec une ingestion journalière d'environ 1,5 L (Société Française d'Orthopédie Dento-Faciale (SFODF), s.d) et d'autre part, au cours des repas (Puisieux et al., 2009). Un total quotidien qui peut s'élever jusqu'à 2000 déglutitions chez un adulte (SFODF, s.d).

2. Les troubles de la déglutition

La dysphagie est considérée comme un problème quel qu'il soit, localisé entre la bouche et l'estomac lors du passage des aliments. (Bleeckx et al., 2010; Sasegbon 2017 cité par Todaro et al., 2021). Bajjens et al. (2016) définissent plus précisément la dysphagie oro-œsophagienne comme une altération de la constitution et/ou du transport du bolus, entre la bouche et l'œsophage. La survenue de changements alimentaires et/ou comportementaux peut évoquer des troubles. Des signes physiologiques survenant pendant ou autour des repas sont plus spécifiquement évocateurs d'une dysphagie : la toux, une respiration atypique, des déglutitions multiples, la présence de stases, des fausses-routes, le changement de teint, une voix mouillée ou rauque, une hypersialorrhée, des inconforts ou

des douleurs au passage du bolus, des reflux, des fuites ou encore des nausées. (Baijens et al., 2016 ; Gentil et al., 2021 ; Puisieux et al., 2009).

2.1. L'étiologie et facteurs de risque

La dysphagie peut avoir diverses origines : chez les sujets jeunes, les causes les plus fréquentes sont oncologiques, neurologiques ou oto-rhino-laryngologiques (ORL) (Desport et al., 2011; Puisieux et al., 2009). Chez les sujets âgés, s'ajoutent des causes neurodégénératives, médicamenteuses et musculaires. L'affaiblissement musculaire, aussi appelé sarcopénie, concerne de nombreux sujets âgés : une étude menée en institution a révélé une origine sarcopénique chez 45% des résidents qui présentaient une dysphagie (Campo-Rivera et al., 2022). Par ailleurs, le vieillissement lui-même peut également être responsable des troubles. (Baijens et al. 2016; Gentil et al. 2021; Puisieux et al., 2009). Une récente étude a mis en exergue les facteurs de risques accrus de présenter des difficultés de déglutition : un âge avancé, le fait d'être une femme, d'être ou d'avoir été fumeur, une mauvaise santé bucco-dentaire et un état avéré de fragilité (Namasivayam-MacDonald et al., 2023).

2.2. Une déglutition vieillissante : la presbyphagie

Le vieillissement est un déclin fonctionnel des structures neurologiques et musculaires qui se dessine progressivement (Banda et al., 2021). Pour autant, cela ne signifie pas systématiquement que des complications vont survenir (Baijens et al. 2016). En revanche, pour certains, l'efficacité de la déglutition va faiblir : il sera question de presbyphagie. Ce déclin peut affecter les diverses structures engagées dans la déglutition et concerner les différentes phases (Banda et al., 2021). L'identification de la presbyphagie n'est pas évidente : elle ne s'inscrit pas dans un cadre pathologique lié à une comorbidité. La réalisation de la déglutition est difficile, sans être déclarée comme pathologique (Lacau St Guily et al., 2005; Puisieux et al., 2009). Généralement, la presbyphagie sous-tend la dysphagie (Baijens et al., 2016) : 70 % des sujets presbyphagiques développent une dysphagie corrélée à leurs fragilités (Smithard, 2016).

3. Les complications provoquées par la dysphagie

Outre une qualité de vie altérée et des retentissements psychologiques et sociaux, la dysphagie peut engendrer de graves complications. De fait, un patient ayant des troubles de la déglutition encourt des risques élevés de dénutrition, de déshydratation, de pneumopathie d'inhalation voire d'asphyxie (Baijens et al., 2016 ; De Sire et al., 2022). Ces états causés par la dysphagie augmentent considérablement le taux d'admission en milieu hospitalier, altèrent l'état psychologique des sujets et élèvent le taux de mortalité (Chen et al., 2021).

3.1. La dénutrition

La dénutrition est la carence nutritionnelle prolongée. Le système immunitaire en est durement affecté et ses conséquences ne peuvent être négligées, au vu de sa corrélation avec la mortalité (Banda et al., 2021). Elle peut être provoquée par une mobilité limitée, une fatigabilité restreignant le patient dans ses apports au cours des repas, la sarcopénie, un mauvais état bucco-dentaire voire des inflammations douloureuses sur le trajet du bolus ou des situations sociales précaires. La sarcopénie se traduit par une réduction de la masse et de la force musculaire et est étroitement liée à la dénutrition. Ces deux affections ont une influence mutuelle, l'une pouvant entraîner l'autre. (Baijens et al., 2016; Krishnamoorthy et al., 2018; Yang et al., 2022). Kuroda, en 2012, évoquait d'ailleurs, la notion de dysphagie sarcopénique lorsque les muscles impliqués dans la déglutition sont affectés (cité par De Sire et al., 2022). Certaines adaptations de textures, notamment mixées, contribuent à la dénutrition. L'apport nutritionnel est insuffisant et le plaisir alimentaire se voit réduit sur le plan sensoriel sans que les voies aériennes ne soient mieux protégées. Il y a un risque d'asphyxie ou de pneumopathie à force d'expositions répétées ou de système immunitaire affaibli (Berzlanovich et al., 2005; Cormary et al., 2018; Dillies, 2023). Par ailleurs, Bernard et al. (2007) relèvent une difficulté de dépistage. Il existe un enchevêtrement des indicateurs de dénutrition dans les outils : quelques-uns marquent la dénutrition, certains signalent le risque et d'autres alertent sur les complications.

3.2. La déshydratation

La déshydratation s'installe lorsque l'apport hydrique est insuffisant. Ce manque d'eau engendre de nombreuses répercussions physiologiques et immunitaires qui, comme la dénutrition, peuvent conduire au décès du patient. Par ailleurs, l'épaississement des liquides, utilisé pour faciliter la déglutition chez certains patients, n'apporte pas une ration satisfaisante d'hydratation (Baijens et al., 2016).

3.3. Les pneumopathies par inhalation

La dysphagie se traduit parfois par des fausses-routes ou aspirations : une déviation de la trajectoire du bolus ou de la salive vers les voies aériennes. Des pénétrations pulmonaires répétées ou chroniques, même de petites quantités, produisent une inflammation et/ou une infection. Leur détection est rendue difficile car les signes cliniques sont restreints et peuvent passer inaperçus. Certaines aspirations sont qualifiées de silencieuses, le patient ne tousse pas directement. (Ebihara et al., 2016). La négligence ou la difficulté de pratiquer des soins bucco-dentaires est propice à la prolifération de virus et de bactéries dans la salive et sur les aliments ingérés. Si ceux-ci sont déviés, la prolifération peut continuer dans les voies aériennes (Ebihara et al., 2016 ; Pepersack et al., 2016). Les pneumopathies chez le sujet

âgé sont souvent dues à une défaillance de la déglutition et cette affection élève la mortalité (Ebihara et al., 2016). Chez les adultes dysphagiques la prévalence d'aspirations est estimée entre 43 et 51% (Chen et al., 2021), quant aux sujets âgés dysphagiques la prévalence d'aspirations est moins nette, oscillant entre 5 et 53 % (Banda et al., 2021).

3.4. L'asphyxie

Selon Le Robert (s.d), l'asphyxie se caractérise par « [l'] état pathologique déterminé par le ralentissement ou l'arrêt de la respiration ». Dans les troubles de déglutition, il s'agit de la difficulté respiratoire voire de l'étouffement dû à l'obstruction des voies aériennes par un aliment ou un bolus. Le patient se montre brutalement interrompu au cours du repas, il n'est plus en mesure de parler et se retrouve en apnée. Son teint peut pâlir voire cyanoser et il peut faire un malaise. La fausse route obstructive peut conduire au décès brutal du sujet. Une étude sur l'asphyxie alimentaire post-mortem soutient que la consommation de textures semi-solides (mixée/hâchée), la prise de sédatifs, certaines atteintes neurologiques et un état bucco-dentaire précaire, dont une dentition incomplète, sont mis en cause dans une majorité des décès par obstruction survenus chez les sujets âgés (Berzlanovich et al., 2005).

4. Le diagnostic

Les troubles de la déglutition ne sont pas toujours détectés car l'exploration n'est pas systématique et il existe un réel manque d'outils évaluatifs cliniques. Pourtant, l'évaluation est essentielle pour mesurer l'efficacité et agir sur la sécurité de la déglutition. (Baijens et al., 2016; Pepersack et al., 2016). L'évaluation se pratique généralement en trois temps. Une partie préventive qui peut être pratiquée par des soignants formés. Une partie évaluative clinique ou comportementale qui relève de l'expertise orthophonique. Enfin, une partie instrumentale, qui peut être un acte médical et/ou orthophonique (Riera et al., 2021; Todaro et al., 2021). La pose de ce diagnostic complexe devient objective lorsqu'elle est pluridisciplinaire (Chen et al., 2021). Sur le plan préventif, des tests alimentaires avec variation de textures sont privilégiés pour assurer le repérage de potentiels sujets dysphagiques comme « 3 Oz water swallow test » (Depippo et al. 1992; Suiter & Leder, 2008), le « Volume-Viscosity Swallow Test » (Riera et al., 2021), le « Test de Capacité Fonctionnelle de Déglutition » (Guatterie et al., 1999) ou encore le « Gugging Swallowing Screen » (Trapl et al., 2007). Il est notable que la plupart de ces outils ne sont pas uniquement réservés à un usage préventif et que certains d'entre eux ciblent une population ou des états spécifiques. Comme pour la dénutrition (Bernard et al., 2007), il est difficile de distinguer si les tests explorent les marqueurs du trouble, les risques de le développer ou ses conséquences.

Le diagnostic repose donc sur l'intégrité des structures au repos et en action (Gentil et al., 2021). Les tests aux liquides ne permettent pas d'explorer la phase orale et par extension, la mastication. Ainsi, le « Test of Masticating and Swallowing Solids » (TOMASS) a été créé en s'appuyant sur les fondements du WST, l'enrichissant en y incluant l'ingestion de solides (Todaro et al., 2021). Au-delà de cette constatation, il est primordial de procéder à une observation clinique de la posture (Gentil et al., 2021), l'installation (Puisieux et al., 2009), l'état bucco-dentaire (Langmore et al., 1998), la vigilance (Berzlanovich et al., 2005), l'état nutritionnel (Baijens et al., 2016), la respiration (Gentil et al. 2021), l'autonomie (Cormary et al., 2018; Langmore et al., 1998) et l'état cognitif (Gentil et al., 2021) du patient. D'autres outils d'évaluation permettent un regard global sur la déglutition comme le « KT index » (Maeda et al., 2016; Hidaka et al., 2022) ou le COLP-FR-G (Fargues & Guyon, 2016). Le DHI (Woisard et al., 2006), le EAT-10 (Belafsky et al., 2008) ou encore le SWAL-QOL (Khaldoun et al., 2009), sont des auto-questionnaires qui prennent en considération la qualité de vie des sujets. Sur le plan instrumental, la vidéofluoroscopie et l'évaluation endoscopique fibroscopique sont des moyens d'exploration fréquemment proposés pour objectiver et compléter l'analyse clinique. (Baijens et al., 2016). Aussi, Swallis DSA (Device for Swallowing Analysis) est un outil novateur permettant d'objectiver d'éventuelles difficultés. Il se veut non-invasif et écosystémique. Des capteurs sont intégrés dans un collier afin de recueillir les signaux vibro-acoustiques émis lors des diverses activités pharyngolaryngées (Swallis Medical, s.d).

II. L'enjeu d'un repérage précoce des troubles de la déglutition chez les sujets fragiles

1. Les sujets fragiles

Contrairement à de nombreuses idées reçues, vieillir n'est pas synonyme de mauvaise santé : l'OMS (2021) affirme que « certaines personnes d'un âge plus avancé (90 ans et plus) ont les mêmes capacités que celles d'un âge plus jeune (60-64 ans) » (p.11).

1.1. La fragilité

La fragilité « [...] est un état d'équilibre précaire entre la bonne santé et la maladie, l'autonomie et la perte d'autonomie » (Agence Régionale de Santé (ARS) Pays de la Loire, 2018, p.2). En 2011, une enquête européenne estimait entre 10 et 20% les sujets de plus de 65 ans concernés par la fragilité et jusqu'à 40% des plus de 80 ans (ARS Pays de la Loire, 2018). Selon la Société Française de Gériatrie et Gérontologie (SFGG) et plus précisément, Rolland (2011 p. 388, et cité par la Haute Autorité de Santé, 2013, p.1), « la fragilité est un syndrome clinique. Il reflète une diminution des capacités physiologiques de réserve qui altère les mécanismes d'adaptation au stress [...]. Le syndrome de fragilité est

un marqueur de risque de mortalité et d'événements péjoratifs [...]. L'âge est un déterminant majeur de fragilité mais n'explique pas à lui seul ce syndrome. La prise en charge des déterminants de la fragilité peut réduire ou retarder ses conséquences. Ainsi, la fragilité s'inscrirait dans un processus potentiellement réversible ». Elle n'est pas considérée comme une maladie mais en représente un fort prédicteur, notamment à l'égard des troubles de la déglutition chez les adultes (Namasivayam-MacDonald et al., 2023). Les séniors avec des fragilités ont tendance à rencontrer des difficultés pour signaler la survenue d'un désagrément : les diagnostics s'en voient retardés (Bouchon, 2004). Pepersack et al. (2016), ajoutent le terme de vulnérabilité face au déclin qui dépendrait de facteurs inhérents ou non au sujet tels que la perte de poids involontaire, la fatigue, la faiblesse musculaire, le ralentissement moteur ou la diminution de l'activité physique. Bouchon (2004) a proposé le modèle « 1 + 2 + 3 » pour décrire les différents types de vieillissement, en évoquant la notion de fragilité : le vieillissement physiologique normal, l'invalidité qui peut survenir lorsque l'individu est affecté par une pathologie chronique et celle qui apparaît lors de la survenue d'une pathologie aiguë. Par ailleurs, Fried et al. évoquaient déjà en 2001 l'importance de prendre la fragilité en considération tel un syndrome afin de limiter la mortalité, la dépendance et d'améliorer la qualité de vie des sujets vieillissants (Fried et al., 2001).

1.2. Le syndrome gériatrique

Lorsque ces conditions se cumulent et fragilisent davantage les sujets âgés, il est question de syndrome gériatrique. Généralement, ces conditions sont repérables par leur récurrence dans la population vieillissante. Elles ont une origine multifactorielle, souvent différente de la plainte, et ont des conséquences sur la qualité de vie : il s'agit de l'immobilité, des chutes, de l'instabilité, de l'incontinence, des escarres, du déclin cognitif ou encore de la sarcopénie. Pour autant, ces conditions ne sont pas systématiquement considérées comme pathologiques : isolées, elles sont moins significatives. La notion de syndrome émerge à travers l'effet cumulatif et justifie une prise en soin. Une évaluation multidisciplinaire exhaustive est recommandée face à la complexité du sujet âgé (Baijens et al., 2016; Banda et al., 2021; Bouchon, 2004; Pepersack et al., 2016).

1.3. Le syndrome gériatrique de déglutition

La dysphagie fait partie intégrante du syndrome gériatrique, elle en représente même un des piliers. Sa présence atteste souvent l'existence d'autres fragilités (Baijens et al., 2016; Banda et al., 2021; Pepersack et al., 2016). Il existe un véritable effet de synergie entre la dysphagie, la sarcopénie, un mauvais état bucco-dentaire et la dénutrition. Et, plus particulièrement dans un contexte de vieillissement, où le risque que ces conditions s'influencent est majoré (De Sire et al., 2022). Cette synergie entre dysphagie et fragilité

nécessite encore des explorations pour affiner le lien qu'elles entretiennent. Effectivement, « une relation bidirectionnelle existe, de sorte que les personnes les plus fragiles puissent éprouver des difficultés à avaler en raison d'une musculature de déglutition affaiblie, et que celles présentant une dysphagie ne consomment pas suffisamment de nutriments, ce qui les prédispose à la fragilité » (Namasivayam-MacDonald et al., 2023, p.12).

2. L'intérêt d'un repérage précoce des troubles de la déglutition chez les sujets fragiles

Le vieillissement de la population rapporté par l'INSEE (Demaison, C. et al., 2019) accroît de fait les problématiques liées à l'âge. Pour rappel, environ 23 % des personnes âgées vivant à domicile sont concernées par la dysphagie (Baijens et al., 2016). Un diagnostic précoce ainsi qu'une prise en soin pluridisciplinaire permet d'en limiter considérablement l'aggravation et les répercussions, car les conséquences sont effectivement décuplées chez les sujets fragiles (De Sire et al., 2022). L'objectif d'un dépistage précoce des troubles de la déglutition consiste en la détection rapide de pneumopathies par aspiration, notamment lorsqu'elles sont silencieuses. Le repérage prématuré est un moyen de diminuer le taux de mortalité lié aux complications de la dysphagie. Il en est de même pour la presbyphagie : l'identifier précocement, dès l'âge de 60 ans, lors des examens de routine, se révèle comme une solution de prévention efficace (Banda et al., 2021).

III. Le programme ICOPE et les outils susceptibles d'y être implémentés en vue du repérage des syndromes gériatriques des troubles de la déglutition

1. Définition du programme

Dans le cadre de son rapport sur le vieillissement et la santé de 2015, l'OMS a établi des objectifs visant à vieillir en bonne santé. Notamment, celui de « maintenir la capacité intrinsèque et la capacité fonctionnelle tout au long de la vie » (OMS, 2017, p.9). La capacité fonctionnelle se traduit par un état de santé qui permettrait à chacun d'être et de faire ce qu'il veut. La capacité intrinsèque regroupe les facultés physiques et mentales, propres à chaque individu. Concrètement, cela inclut la mobilité, l'alimentation, la cognition, la mémoire, la vue, l'ouïe et l'humeur. Ces fonctions sont sensibles aux maladies et au vieillissement : lorsqu'elles sont atteintes, elles entravent la capacité fonctionnelle. Les sujets âgés peuvent parfois montrer une large tolérance à leurs problèmes de santé. Et, de leur côté, les professionnels sont peu formés à la détection de l'affaiblissement de la capacité intrinsèque. Ainsi, la dégradation de la qualité de vie du patient peut rapidement se profiler. Conjointement, la qualité de vie des aidants peut être affectée et le risque de retentissements sur leur état psychologique est majoré. (OMS, 2017; OMS, 2021).

Le programme ICOPE a été développé par l'OMS en 2017. Par une approche globale du sujet, il vise à repérer le déclin de la capacité intrinsèque (OMS, 2017; Sum et al., 2022). La finalité est de limiter la survenue de fragilités chez les seniors, induisant la dépendance et la perte d'autonomie. Le programme met l'accent sur l'auto-surveillance, le maintien à domicile et la facilitation de la coordination de soins adaptés. ICOPE a été conçu en cinq étapes (ou step) : d'abord, l'étape 1 aide à repérer le déclin de la capacité intrinsèque. Ensuite, l'étape 2 est une évaluation approfondie des domaines altérés, mis en évidence lors de l'étape 1. Cette évaluation permet de créer un plan de soins élaboré et personnalisé (étape 3), puis d'assurer un suivi, une guidance et une supervision de ces recommandations (étape 4). Enfin, l'étape 5 prend en compte l'implication des collectivités et l'accompagnement des aidants. (Blancafort et al., 2021; CHU de Toulouse, 2020; Tavassoli et al., 2022). Pour prétendre à la réalisation de ce dépistage, une formation au programme doit être dispensée aux professionnels de santé. ICOPE s'inscrit parmi les projets de santé publique récents. En Occitanie, il est l'objet d'une collaboration entre l'OMS et le gérontopôle toulousain. Il « repose sur le partenariat entre l'université Toulouse III - Paul Sabatier, le CHU de Toulouse et l'Inserm auxquels s'associent des partenaires publics et privés dont la Région Occitanie / Pyrénées-Méditerranée, les collectivités territoriales de la Haute-Garonne et l'Agence Régionale de Santé Occitanie » (CHU de Toulouse, 2022, p.1). Le programme a été expérimenté durant trois années. A présent, il se voit déployé plus largement sur le territoire afin d'en faire bénéficier encore plus de sujets (ARS Occitanie, 2022). Au niveau national, il fait l'objet d'une expérimentation selon l'article 51 du ministère de la santé, dans le cadre des innovations organisationnelles pour la transformation du système de santé (Ministère du travail, de la santé et des solidarités, s. d.).

2. La pertinence du programme ICOPE au profit du repérage du syndrome gériatrique de déglutition

Le programme ICOPE est un outil préventif puissant, d'une part, grâce à la force d'observance thérapeutique avec laquelle il a été constitué : durant l'expérimentation, 70 % des 10 000 participants ont pu bénéficier d'une surveillance 6 mois après le premier dépistage ; et d'autre part, car l'expérimentation en Occitanie a révélé la faisabilité des lignes directrices du programme et enclenche l'étendue de son déploiement. Toutefois, les expérimentateurs évoquent des perspectives d'amélioration du dépistage à l'issue de la phase d'expérimentation (Tavassoli et al., 2022). Sum et al. (2022) abordent la possibilité d'adapter les outils de dépistage selon les besoins du public concerné. Ainsi, il paraîtrait possible de suggérer le repérage des sujets à risque de présenter un syndrome gériatrique de déglutition, au travers du programme ICOPE. Celui-ci semble pertinent par sa prise en considération des fragilités dans la globalité des sujets. En effet, en étape 2 (ou step 2)

l'évaluation des différentes composantes vise à approfondir l'exploration des alertes repérées en étape 1 (Tavassoli et al., 2022). De cette façon, le programme pourrait permettre une visibilité sur des éléments qui entrent en jeu dans le syndrome gériatrique de déglutition. D'abord, il apporte un regard sur la nutrition avec le Mini Nutritional Assessment (MNA) (Guigoz & Vellas, 1999) en renseignant sur la perte d'appétit et la perte de poids. Cela met en lumière les facteurs de risque ou de potentiels états de dénutrition (Bernard et al., 2007; OMS, 2017; Tavassoli et al., 2022). Ensuite, grâce à l'Oral Health Assessment Tool (OHAT) (Chalmers et al., 2005), le programme est en mesure de donner des renseignements sur la santé bucco-dentaire. Puis, ICOPE recueille des indications sur la mobilité des sujets, notamment sur leur force musculaire, via le Grip-test, pouvant signaler des risques de faiblesses voire une sarcopénie (Okada et al., 2023; Tavassoli et al., 2022). Le repérage des fragilités est capital dans la recherche du syndrome gériatrique de déglutition. Une méta-analyse récente vient corroborer la synergie évoquée précédemment entre la dysphagie et la fragilité : il existe un lien significatif entre les deux, l'une pouvant entraîner l'autre et inversement (Nishida et al., 2021; Yang et al., 2022).

3. Les outils susceptibles d'être implémentés au programme

Pour dépister le syndrome gériatrique de déglutition au travers de la fragilité et de manière objective, il semble intéressant d'implémenter un outil pour aiguiller les professionnels dans leur évaluation ICOPE. La littérature met en avant plusieurs outils adaptés. Un seul d'entre eux sera choisi pour l'implémentation.

3.1. Le Volume-Viscosity Swallow Test (V-VST)

Le V-VST teste cliniquement l'efficacité et la sécurité de la déglutition. Cet outil est fiable pour le dépistage ainsi que pour le diagnostic clinique lorsqu'il est réalisé par des professionnels formés. Il permet également de guider les professionnels dans leur prise en soins, car il fournit des indications précises sur les différentes textures et volumes que peut ingérer le patient sans rencontrer de difficultés. C'est un protocole qui comporte de nombreuses étapes : le premier essai est une faible quantité (5ml) de type « nectar ». Si le patient ne manifeste aucun signe d'altération (fuite, stase ou fausse-route) la quantité de liquide présentée deviendra plus importante, à plusieurs reprises. Ensuite, ce sera la texture qui deviendra moins épaisse. Cet outil nécessite effectivement du matériel spécifique (une seringue, un épaississant et un oxymètre digital). La viscosité doit être similaire à celle recommandée par l'International Dysphagia Diet Standardisation Initiative (IDDSI), afin d'éviter une variabilité inter-expérimentateur considérable. Concernant la durée de passation, elle est le plus souvent rapide mais peut être variable selon les cas (Riera et al., 2021).

3.2. Le 3 Oz water swallow test (WST)

Le WST permet de donner des indications sur l'efficacité de la déglutition des liquides. Le sujet doit boire 3 oz (environ l'équivalent de 85 ml) sans interruption. A l'origine, il a été conçu pour évaluer les capacités des patients victimes d'accident vasculaire cérébral (AVC), en phase aiguë. Le soignant fait preuve d'observation clinique durant l'ingestion. Il se montre également vigilant jusqu'à quelques minutes après, afin de relever la survenue d'une toux tardive ou de la modification de la voix du patient (Depippo et al. 1992). Suiter & Leder (2008), ont validé l'utilisation du test avec une population plus variée. Cependant, ils ont mis en évidence une majorité de faux-positifs au test : 71% des sujets échouant aux liquides seraient tout de même en mesure d'ingérer confortablement des textures solides.

3.3. Le moyen utilisé dans la Canadian Longitudinal Study on Aging (CLSA)

Une récente étude épidémiologique longitudinale canadienne a permis de recueillir des données sur plus de 51 000 canadiens de plus de 45 ans. Cette investigation avait pour but de combler le manque de données sur la prévalence, l'incidence et les facteurs de risque de la dysphagie. Pour repérer les sujets à risque de présenter une dysphagie, Namasivayam-MacDonald et al. (2023) ont décidé de poser la question suivante : « En général, à quelle fréquence tousez-vous, vous étouffez-vous ou ressentez-vous des douleurs en avalant de la nourriture ou des liquides ? » (p.3) avec une échelle de réponse allant de "jamais" à "souvent". Cette question unique est un moyen écologique qui ne requiert que peu de ressources spécifiques pour assurer le repérage. Elle se veut efficace pour les sujets suffisamment objectifs dans leurs autodéclarations : la plupart des personnes qui manifestaient des difficultés à la déglutition, échouaient effectivement au WST. Néanmoins, le repérage est encore trop négligeable car de trop nombreux sujets sous-estiment leurs difficultés et/ou ne sont pas en mesure de répondre objectivement, surtout chez les personnes âgées. Sur une cohorte de personnes institutionnalisées, 80% ne déclaraient aucune difficulté et échouaient lors de l'évaluation clinique (Namasivayam-MacDonald et al., 2023). Dans une précédente étude, Namasivayam-MacDonald et al. (2019) évoquent d'ailleurs les difficultés globales que rencontrent les personnes âgées pour faire preuve d'objectivité concernant les troubles de la déglutition.

3.4. Le « Eating Assessment Tool - 10 » (EAT-10)

Le EAT-10 est un auto-questionnaire s'intéressant aux signes de dysphagie, quelle que soit la cause. Il comporte dix questions courtes auxquelles le sujet doit répondre via une échelle à quatre points, de « aucun problème » à « de sérieux problèmes ». L'analyse est rapide : le score total, sur 40, est calculable par addition des points renseignés par le patient. Ce total indique si le sujet est susceptible de rencontrer des difficultés liées à la déglutition. Un

score égal ou supérieur à 3 est anormal, laissant entrevoir un risque et requiert des investigations approfondies (Belafsky et al., 2008). Selon Namasivayam-MacDonald et al. (2023), cet outil est plus sensible et spécifique sur l'ensemble des questions qui sont posées, en rapport à la question utilisée dans la CLSA. Par son efficacité et sa facilité d'utilisation, le EAT-10 est souvent privilégié en clinique (Belafsky et al., 2008), d'autant qu'il permet de dépister efficacement voire de diagnostiquer la dysphagie et de suivre son évolution, en toute simplicité et rapidement (Baijens et al., 2016; Schindler et al., 2023).

Le syndrome gériatrique de déglutition peut avoir des origines multiples et apparaître de manière insidieuse. Il élève le taux de mortalité et altère considérablement la qualité de vie des sujets (Pepersack et al., 2016). Il existe donc un réel intérêt à le détecter afin d'en limiter les conséquences. Pour ce faire, ICOPE représente un moyen de le repérer en considérant les fragilités comme une ouverture vers le syndrome (de Sire et al., 2022; Nishida et al., 2021; Yang et al., 2022). La littérature rapporte que le EAT-10 pourrait être adapté dans ce repérage (Belafsky et al., 2008; Namasivayam-MacDonald et al., 2023; Schindler et al., 2023). L'objectif de cette étude est d'évaluer la possibilité d'implémenter le EAT-10 au programme ICOPE en vue d'augmenter le repérage du syndrome gériatrique de déglutition. Pour y répondre, il est pertinent de s'intéresser à l'appropriation de l'outil par les professionnels de santé affiliés au programme. Le questionnaire permettra de répondre aux deux premières hypothèses : la première est que cette appropriation dépend de la profession et la seconde est que l'appropriation de l'outil dépend des professionnels ayant déjà été au contact de l'orthophonie dans le cadre du programme ICOPE. Au vu de l'inégalité d'information sur la dysphagie chez les sujets âgés dans les disciplines (para)médicales (Baijens et al., 2016), l'appropriation d'un outil de dépistage peut différer selon la profession. Concernant la familiarité avec la discipline orthophonique, Giammarino et al. (2012) affirment qu'« un dépistage incomplet [...] de la déglutition du patient par l'équipe médicale peut retarder ou empêcher l'orientation initiale vers l'orthophoniste, ce qui expose le patient à un risque de complications liées à la dysphagie » (p.2). Par conséquent, avoir été au contact de l'orthophonie pourrait conditionner l'appropriation d'un outil de dépistage. Les entretiens permettront de répondre les hypothèses suivantes : le EAT-10 est un support pertinent dans ICOPE afin d'augmenter le repérage des syndromes gériatriques de déglutition, il est simple et rapide d'utilisation (Baijens et al., 2016; Schindler et al., 2023).

MÉTHODE

I. Population

Dans cette enquête, la population cible est une cohorte professionnelle, de membres affiliés au programme ICOPE. Toutes les professions médicales et paramédicales peuvent être intégrés à celui-ci, par le biais d'une formation. Le questionnaire s'adresse à tous les professionnels de santé formés en 2022 - 2023 à l'étape 2 du programme ICOPE. L'unique critère d'inclusion est donc la formation ICOPE en étape 2. Les entretiens, quant à eux, sont destinés à tout professionnel ayant répondu au questionnaire et ayant effectué une évaluation étape 2 d'ICOPE en y intégrant le EAT-10. Ainsi, les critères d'inclusion sont la formation ICOPE en étape 2, la participation au questionnaire et la manipulation du EAT-10 en évaluation.

II. Questionnaire

1. Matériel

Un questionnaire exploratoire en ligne, partagé via Google Form, a été réalisé afin de sonder les répondants sur la possibilité d'implémenter un outil supplémentaire de dépistage, dans l'étape 2 du programme. Il est présenté avec une notice d'information. Celui-ci est constitué de 9 questions (cf. annexe A).

Il se compose de trois premières questions permettant de cerner le profil du répondant : profession, date d'intégration au programme, fréquence de passation des évaluations de dépistage (étape 2). Ces éléments pourraient influencer le besoin d'implémenter un outil. Ensuite, par une question fermée, il leur est demandé si, selon eux, le programme aide dans le repérage des troubles de la déglutition. Pour les professionnels ayant répondu « oui », ils doivent sélectionner les modules de dépistage du programme qui les aident dans ce repérage. La question suivante s'intéresse à l'orientation en consultation orthophonique. Elle a été construite sur un système d'arborescence : les répondants doivent indiquer s'ils ont déjà eu recours à cette orientation à l'issue d'une étape 2. S'ils ont répondu « oui », ils doivent préciser le motif et le module du programme qui les y a conduits. Si le module « nutrition » a été indiqué, ils doivent évoquer l'item précis qui a incité l'orientation orthophonique. Cette question a pour but d'appréhender la familiarité des professionnels avec le champ de compétence orthophonique dans les troubles de la déglutition. Les questions 6 et 7 interrogent les répondants sur leur degré d'accord concernant la pertinence d'implémenter un outil de dépistage quelconque et le temps qu'ils possèdent en évaluation pour le manipuler, à travers des échelles de Likert. Celles-ci ont été présentées sur quatre points afin de limiter les valeurs refuges. Ensuite, le EAT-10 leur est présenté : la version

française de l'outil est consultable et les répondants ont à disposition quelques lignes descriptives de l'outil. Ainsi, la question suivante recueille leur avis sur la possibilité de proposer précisément cet auto-questionnaire aux patients lors des évaluations ICOPE. Il leur est imposé de justifier leur réponse dans le cas où ils répondent « non ». Enfin, la dernière question est fondée sur le même principe que les questions 6 et 7, avec une échelle de Likert, elle relève le degré d'accord sur la pertinence d'ajouter le EAT-10 au programme ICOPE. Les participants ayant mentionné qu'ils n'étaient « pas du tout d'accord / pas d'accord » doivent en préciser la raison.

Le questionnaire a servi au repérage des professionnels souhaitant tester le EAT-10. Effectivement, à la fin de celui-ci, les participants étaient sollicités pour s'investir également dans le test de l'outil puis échanger de leur expérimentation au cours d'un entretien. Il leur suffisait de se manifester par courrier électronique pour recevoir toutes les indications nécessaires à la suite des travaux. Une prise de contact par leur initiative permettait de préserver l'anonymat des formulaires de réponse au questionnaire.

2. Procédure

La méthodologie de ce questionnaire est une étude de cohorte observationnelle descriptive par questionnaire exploratoire donnant lieu à des analyses quantitatives. Pour ce faire, début décembre, le questionnaire a d'abord été diffusé à un mailing qui comprenait une quarantaine d'infirmier.e.s diplômé.e.s d'État (IDE), très actif.ve.s dans le programme ICOPE. Les IDE représentent environ 80% des soignants formés au programme. Puis, par une relance début janvier, la diffusion s'est étendue plus largement à plus de 200 professionnels de santé (médicaux et paramédicaux), formés en 2023, à l'étape 2 du programme. Plusieurs d'entre eux ont pris l'initiative de partager le questionnaire à leur communauté de soignants, comme dans des groupes WhatsApp de Communauté Professionnelle Territoriale de Santé (CPTS) ou lors de journées d'informations ICOPE. Plusieurs relances auprès des mêmes soignants ont été nécessaires afin de recueillir un plus grand nombre de réponses. Les données collectées ont ensuite été organisées via le tableur Google Sheet puis exportées sur Excel. Le traitement fait d'abord l'objet d'une analyse univariée. Ainsi, chaque modalité de la variable qualitative est présentée par son effectif (N) et sa fréquence (%). Quand il y a lieu, les réponses faites grâce aux échelles de Likert sont présentées comme des variables quantitatives discrètes en considérant : 1 comme « pas du tout d'accord », 2 comme « pas d'accord », 3 comme « d'accord » et 4 comme « tout à fait d'accord ». Les résultats sont alors présentés avec la médiane et l'espace interquartile (IQR). Les analyses univariées permettent un premier recueil de données sur le besoin de dépister les troubles de la déglutition, pour les professionnels de

santé et la possibilité d'implémenter un outil de dépistage. Puis, le traitement des données donne lieu à des analyses bivariées : les réponses au questionnaire ont été traitées en fonction de la profession d'une part et de l'orientation vers une consultation orthophonique d'autre part, afin de vérifier s'il existe un lien statistique entre les variables et de répondre aux hypothèses. Une variable dichotomique a été créée au sujet de la profession, avec les IDE versus les autres professionnels. Les IDE représentent, effectivement, une large majorité des soignants formés ICOPE. De la même manière, les professionnels ont été regroupés en deux catégories distinctes : ceux ayant déjà eu recours à l'orientation orthophonique dans le cadre du programme et ceux ne l'ayant jamais préconisée. Les analyses univariées ont été réalisées par tableur Excel : effectifs et fréquences pour les variables qualitatives, médianes et espaces interquartiles pour les échelles de Likert, en numérique. Les analyses bivariées ont été réalisées à l'aide du logiciel Stata version 14.0. Les tests réalisés sont le test de Khi-2 quand les effectifs théoriques le permettent (>5) ou le test exact de Fisher.

III. Entretiens

1. Matériel

La méthodologie choisie est celle de l'entretien semi-directif (Blanchet, 2015). Une grille d'entretien est préparée pour permettre l'organisation du recueil d'informations (cf. annexe B). Ces entretiens s'adressent aux professionnels qui se sont manifestés par courrier électronique pour participer aux entretiens, après avoir répondu au questionnaire. Des échanges par courrier électronique ont permis d'informer les participants sur les conditions de passation pour le test de l'outil de dépistage et de fixer un rendez-vous. Pour des raisons géographiques, les entretiens se tiennent en visioconférence, sur la plateforme Webex. Les professionnels doivent retourner un consentement éclairé avant la rencontre afin que celle-ci puisse être enregistrée, le jour-même puis retranscrite, anonymisée et conservée sur un serveur local. Les enregistrements sont assurés par un enregistreur vocal et sont détruits lorsque la retranscription et l'analyse sont terminées.

2. Procédure

En amont de l'entretien, les professionnels doivent donc tester le EAT-10 au moins une fois, au cours d'une évaluation ICOPE d'étape 2. La trame de l'entretien est agencée selon les grandes thématiques qui peuvent influencer la possibilité d'implémenter le EAT-10 au programme, au regard de l'appropriation par les professionnels. Ces derniers sont interrogés sur la passation, la manipulation et la fluidité d'utilisation de l'outil, puis sur l'aspect temporel de l'intégration de l'outil et sur les connaissances qui leur sont nécessaires pour se l'approprier. Ensuite, ils sont questionnés sur le calcul des scores et l'interprétation des

résultats et sur les propositions d'orientation en étape 3. Enfin, les professionnels sont sondés sur la manière d'envisager leur pratique à l'issue de l'expérimentation. Ils sont libres d'exprimer d'autres remarques à la fin de l'entretien. Chaque thème se compose d'une question principale, certaines thématiques, vastes, font l'objet de plusieurs sous-questions et, deux questions de relance sont disponibles, au besoin. Ces éléments sont organisés selon les trois grands axes hypothétiques en lien avec l'outil. L'ordre des questions peut varier selon les échanges spontanés avec les personnes interrogées.

Tous les entretiens ont été réalisés en mars 2024, ils ont duré entre 14 et 38 minutes. Ils ont été anonymisés et retranscrits individuellement sur Word. Le traitement de ces données est pratiqué selon l'analyse qualitative du contenu ou analyse catégorielle thématique (Bardin, 2013). Les retranscriptions sont prises en considération dans leur intégralité, les éléments de réponses des participants sont classés et dénombrés dans le but de confirmer ou non les hypothèses. Pour rappel, les hypothèses concernent la pertinence d'implémenter le EAT-10 au programme ICOPE pour repérer le syndrome gériatrique de déglutition, la simplicité d'utilisation de l'outil et sa rapidité de passation.

IV. Démarches administratives et éthiques

Afin de travailler en partenariat avec le gérontopôle toulousain, une demande d'investigation empirique dans les hôpitaux de Toulouse, dans le cadre de la réalisation des mémoires de fin d'études était nécessaire. Celle-ci a été validée et a permis de faciliter le contact avec les professionnels intégrés au programme ICOPE. Une notice d'information stipulant le but, le déroulement, la législation, les bénéfices et les risques de l'étude a été mise à disposition des répondants, dans la partie de présentation, au début du questionnaire. La diffusion de celui-ci a été assurée par le Centre Hospitalier Universitaire (CHU) de Toulouse. En effet, pour respecter le Règlement Général sur la Protection des Données (RGPD) et l'anonymat des réponses, le questionnaire a directement été diffusé par l'équipe du Gérontopôle aux professionnels de santé en copie cachée (afin de ne pas diffuser les adresses électroniques). Pour les entretiens, une nouvelle notice d'information a été envoyée aux participants, précisant les conditions relatives à cette modalité. Ils ont également reçu une note informative (cf. annexe C) reprenant les circonstances idéales de test du EAT-10 en évaluation, en amont de la rencontre. Avant l'entretien, ils devaient retourner un consentement éclairé, signé, mentionnant les conditions d'enregistrement, d'anonymisation et de conservation des données. Les enregistrements sont détruits, une fois la retranscription effectuée et anonymisée. Ces données sont conservées sur un serveur local, jusqu'à trois mois après la soutenance, puis elles seront définitivement archivées.

RÉSULTATS

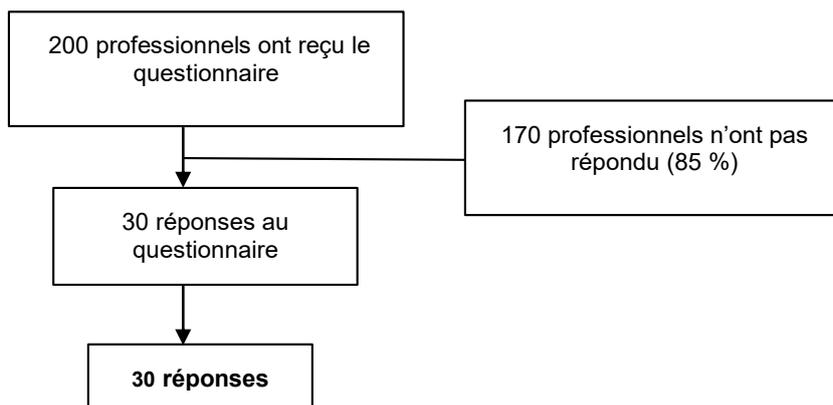
Les résultats du questionnaire et des entretiens sont présentés séparément. Dans un premier temps, le questionnaire est étudié grâce à une analyse statistique descriptive univariée. Les données sont ensuite traitées par des analyses bivariées. Dans un second temps, il conviendra de présenter l'analyse qualitative du contenu des entretiens semi-directifs.

I. Questionnaire

Environ 200 soignants ont reçu le questionnaire par courrier électronique et la diffusion s'est élargie au travers des diverses communautés professionnelles. Au total, 30 professionnels ont rempli et retourné le formulaire. Ce nombre représente l'unité minimale statistique requise dans la réalisation de calculs. Cet effectif garantit la réalisation d'analyses univariées. Cependant, la création de sous-groupes lors des analyses bivariées conduira à des effectifs en deçà du seuil minimal (inférieur à 30) et induit une certaine vigilance dans l'interprétation des résultats.

Figure 1.

Diagramme de flux des inclusions dans l'enquête par questionnaire.



1. Analyses univariées

Parmi les répondants au questionnaire, 21 (70%) sont des IDE et 9 (30%) proviennent d'autres professions médicales ou paramédicales (orthophoniste, diététicien.ne, kinésithérapeute, ergothérapeute, pharmacien.ne, médecin généraliste). Ils sont 12 (40%) à avoir intégré le programme ICOPE avant 2021 et 18 (60%) à l'avoir intégré à partir de 2021. L'année 2021 est importante dans le programme. Effectivement, elle représente la fin de l'expérimentation ICOPE en région Occitanie, ce qui a enclenché l'essor des formations au programme qui ont eu lieu les années suivantes. Chez ces professionnels, 28 (93,3%)

réalisent entre 1 et 5 évaluations d'étape 2 chaque mois ; seulement 2 (6,7%) professionnels réalisent entre 5 et 10 évaluations mensuelles.

Par ailleurs, ils sont 14 (46,7%) à répondre « non » à l'affirmation suivante : ICOPE aide à repérer les troubles de la déglutition. Ils sont 10 (33,3%) à avoir répondu « oui, même sans connaissance particulière » et 6 (20%) à avoir coché « oui, en étant expert du sujet ». Les sujets ayant répondu « oui » doivent préciser les modules du programme qui permettent, selon eux, de repérer les troubles de la déglutition. La totalité des personnes concernées, à savoir les 16 (53,3%) participants ont sélectionné le module nutrition ; parmi eux, 4 (13,3%) ont ajouté le module qui s'intéresse aux capacités sensorielles. 1 personne (3,3%), a précisé le module « psychologie / thymie », 1 autre personne (3,3%) a évoqué le module « social » et 1 (3,3%) dernière personne a coché le module « cognition ». A propos de l'orientation en étape 3, 18 (60%) professionnels de santé intégrés au programme ont manifesté ne jamais avoir orienté vers une consultation orthophonique, à l'issue d'une évaluation d'étape 2, tandis que 12 (40%) des soignants l'ont déjà fait. Ces 12 soignants ont dû préciser la ou les fonctions à investiguer, plusieurs réponses étaient possibles, 10 (33,3%) ont orienté pour la cognition, 4 (13,3%) pour une altération de la déglutition, 2 (6,7%) pour des fonctions sensorielles et 1 (3,3%) pour une atteinte motrice. Pour détecter une éventuelle altération des fonctions précédemment citées et orienter vers l'orthophonie, les 12 professionnels ont mentionné s'être appuyés sur les modules cognition pour 8 (26,6%) d'entre eux, sur le module sensoriel pour 5 (16,6%) personnes et sur le module nutrition pour 5 (16,6%) soignants. Pour ces derniers seulement, il était demandé de préciser, de manière qualitative, l'item du module qui les avait guidés : 2 (6,7%) professionnels ont répondu « difficultés à s'alimenter/à avaler », 2 (6,7%) autres ont parlé de la « perte d'appétit » et 2 (6,7%) autres n'ont pas évoqué d'item particulier mais posent des questions spontanées ou s'aident du MNA.

Les participants ont été sondés sur leur degré d'accord avec la pertinence d'ajouter un outil de repérage des troubles de la déglutition en étape 2. 4 (13,3%) ne sont pas d'accord, 8 (26,7%) d'entre eux sont d'accord et 18 (60%) sont tout à fait d'accord. En termes de temps, 1 (3,3%) participant n'est pas du tout d'accord d'implémenter un outil, 4 (13,3%) ne sont pas d'accord, 10 (33,3%) sont d'accord et 15 (50%) sont tout à fait d'accord. Après la présentation du EAT-10, il semble possible de présenter l'auto-questionnaire en évaluation d'étape 2 pour 27 (90%) des professionnels. En revanche, pour 3 (10%) d'entre eux, cela ne semble pas possible. Parmi eux, 1 (3,3%) personne justifie son désaccord car elle ne sait pas « comment argumenter ce dépistage ». 1 (3,3%) autre professionnel estime qu'il faut « seulement (le proposer) aux personnes qui ont des troubles de la déglutition (et non) pas en

automatique ». Enfin, 1 (3,3%) des soignants pense que les « patients (sont) souvent fragilisés donc moins autonomes ». Plus précisément, à l'affirmation « l'ajout du EAT-10 est pertinent en étape 2 », 5 (16,7%) répondants expriment leur désaccord, 11 (36,7%) sont d'accord et 14 (46,7%) sont tout à fait d'accord. Ceux ayant témoigné leur désaccord l'argumentent par un manque de temps pour 2 (6,7%) d'entre eux : 1 (3,3%) personne pense qu'il est difficile d'ajouter un outil quelconque et 1 (3,3%) autre personne préférerait un outil plus rapide dans la passation. 2 (6,7%) professionnels pensent que l'outil est « à mettre en annexe, au besoin », à ne « pas (utiliser) en systématique » et qu'il complète le « MNA et le jugement clinique ». Enfin, 1 (3,3%) des professionnels pense qu'il « serait bien d'avoir un mini score de dépistage comme le MNA ».

Tableau 1.

Analyses univariées, N= 30.

		N(%)	Médiane (IQR)
Profession	IDE	21 (70)	
	Autre	9 (30)	
Ancienneté	Intégration avant 2021	12 (40)	
	Intégration à partir de 2021	18 (60)	
Fréquence de consultations étape 2	1 à 5 par mois	28 (93.3)	
	5 à 10 par mois	2 (6,7)	
ICOPE aide au repérage des troubles de la déglutition	oui, en étant expert du sujet	6 (20)	
	oui, même sans connaissances particulières	10 (33.3)	
	non	14 (46.7)	
Orientation vers une consultation orthophonique	oui	12 (40)	
	non	18 (60)	
Pertinence d'ajouter un outil de repérage	1 pas du tout d'accord	0 (0)	
	2 pas d'accord	4 (13.3)	4
	3 d'accord	8 (26.7)	(3 - 4)
	4 tout à fait d'accord	18 (60)	
Possibilité d'ajouter un outil en terme de temps, oui	1 pas du tout d'accord	1 (3.3)	
	2 pas d'accord	4 (13.3)	3.5
	3 d'accord	10 (33.3)	(3 - 4)
	4 tout à fait d'accord	15 (50)	
Possibilité de donner cet auto-questionnaire	oui	27 (90)	
	non	3 (10)	
Pertinence d'ajouter le EAT-10	1 pas du tout d'accord	0 (0)	
	2 pas d'accord	5 (16.7)	
	3 d'accord	11 (36.7)	3
	4 tout à fait d'accord	14 (46.7)	(2 - 4)

2. Analyses bivariées

2.1. En fonction de la profession

Les résultats montrent une seule variation significative de réponses entre les groupes de profession, à savoir l'ancienneté au sein du programme ICOPE. Il n'y a aucune autre différence significative aux réponses aux questionnaires selon la profession.

Tableau 2.

Analyses bivariées, en fonction de la profession.

	IDE (N=21)	AUTRES (N=9)	p value
ancienneté, avant 2021 (N(%))	12 (57.1)	0 (0)	0.004
ICOPE aide au repérage des troubles de la déglutition, oui (N(%))	12 (57.1)	4 (44.4)	0.7
orientation orthophonique, oui (N(%))	7 (33.3)	5 (55,6)	0.4
pertinence d'ajouter un outil de repérage, d'accord (N(%))	19 (90.5)	7 (77.8)	0.6
possibilité d'ajouter un outil en terme de temps, oui (N(%))	19 (90.5)	6 (66.7)	0.1
possibilité de donner cet auto-questionnaire, oui (N(%))	20 (95.2)	7 (77.8)	0.2
pertinence d'ajouter le EAT-10, oui (N(%))	18 (85.7)	7 (77.8)	0.6

2.2. En fonction de l'orientation en consultation orthophonique

Les résultats n'expriment aucune différence significative de réponses entre le groupe ayant déjà orienté des patients en consultation orthophonique et ceux ne l'ayant jamais fait.

Tableau 3

Analyses bivariées, en fonction de l'orientation en consultation orthophonique.

	OUI (N=12)	NON (N=18)	p value
ancienneté, avant 2021	5 (41.7)	7 (38.9)	0.9
ICOPE aide au repérage des troubles de la déglutition, oui (N(%))	9 (75.0)	7 (38.9)	0.05
pertinence d'ajouter un outil de repérage, d'accord (N(%))	11(91.7)	15 (83.3)	0.6
possibilité d'ajouter un outil en terme de temps, oui (N(%))	9 (75.0)	16 (88.9)	0.4
possibilité de donner cet auto-questionnaire, oui (N(%))	12 (100.0)	15 (83.3)	0.3
pertinence d'ajouter le EAT-10, oui (N(%))	11 (91.7)	14 (77.8)	0.6

II. Entretiens

Le nombre d'entretiens semi-directifs qui a pu être mené, est en deçà des recommandations de cette méthodologie (Bardin, 2013). Seulement 4 participants ont été interrogés sur les 30 personnes ayant répondu au questionnaire. Les résultats ont été regroupés et sont présentés selon les thématiques abordées lors des entretiens, à savoir, la pertinence du EAT-10 dans le cadre du programme ICOPE, la simplicité de l'outil ainsi que sa rapidité d'utilisation. Les 4 participantes sont toutes infirmières (cf. annexes D, E, F, G). Trois travaillent en milieu hospitalier, une d'entre elles est actuellement étudiante en pratique avancée. De fait, cette dernière ne pratiquait pas d'évaluations ICOPE au moment des entretiens mais a pu partager son point de vue sur l'outil, au regard de son expertise. La 4ème infirmière exerce en libéral.

1. Pertinence du EAT-10 dans le cadre du programme ICOPE

En tout, les professionnelles ont pu manipuler le EAT-10 auprès de 6 patients au cours d'une évaluation d'étape 2, et aucune des passations n'a révélé de patient à risque de développer un trouble de la déglutition. En étape 1, un de ces patients présentait une alerte en nutrition et en mobilité. 2 patients présentaient une alerte nutrition et 3 n'avaient aucune des deux alertes. Ainsi, les infirmières n'ont pas eu à orienter les patients pour cette problématique. Cependant, toutes affirment se référer au médecin traitant du patient, en préconisant dans certains cas une orientation vers d'autres professionnels. Dans le cadre des troubles de la déglutition, une seule dit avoir eu recours à plusieurs reprises à l'orientation orthophonique et s'en montre satisfaite. Elle regrette néanmoins le manque de ressource orthophonique sur son territoire afin de rediriger les patients quand cela est nécessaire. Au contraire, une autre reconnaît qu'elle ne « pense pas à l'orthophoniste, dans un premier temps quand il y a un trouble de la déglutition ». Elles sont 2 à favoriser l'orientation ORL.

Pour les 4 infirmières, le fait de ne pas intégrer l'outil de manière systématique aux évaluations d'étape 2 apparaît comme une évidence. D'ailleurs, concernant leur ressenti sur l'utilité du EAT-10 en étape 2, elles sont 2 à utiliser la notion de « non-systématique », une d'entre elles l'évoque comme un « outil supplémentaire » et la dernière comme un outil « en plus ». Une participante l'a utilisé en substitution du MNA. Elles envisageraient, effectivement, de l'utiliser « en fonction du sujet je pense, de la personne », « Quand on en a besoin [...] quand c'est approprié » pour « appuyer le jugement clinique », « [...] que si... il y a des plaintes de déglutition... Je pense... » et 2 d'entre elles parlent de « cas par cas ». Sur reformulation, 2 des professionnelles affirment que le EAT-10 serait un moyen d'objectiver leur « jugement clinique ». Pour une autre d'entre elles, il est un « argument supplémentaire » pour évoquer « un risque » et il contribue également à « écarter le risque

», ce qui ne représente rien d' « anodin » pour elle. Enfin, pour l'une d'elle, il permet d'approfondir son investigation et de constituer « une base (pour) le professionnel qui va passer derrière (ou) pour l'orthophoniste ». Néanmoins, une IDE se questionne sur l'exploitation du résultat et la connaissance de cette échelle par les autres professionnels du milieu de la gériatrie : « [...] parce que si on fait une échelle mais que ça ne parle à personne... Par exemple, quand on parle du MMS, sur la mémoire, ça parle à tout le monde en fait... Et c'est le même principe...[...] Je serai intéressée de savoir si les gériatres avec qui j'ai travaillé... la connaissent. Et les médecins traitants. (Silence). Parce que l'objectif c'est de faire un suivi donc euh... Ça fait ... depuis 2016 que je suis en gériatrie et pourtant j'en ai jamais entendu parlé... ». Dans le cas où il ne relèverait pas du « discours commun en gériatrie », le EAT-10 représenterait alors pour elle un « outil de surveillance » dans ses propres suivis. Cette même participante reste sceptique quant au choix de la population ciblée, selon elle « les gens fragiles, c'est principalement de la prévention, j'ai jamais eu le cas de quelqu'un qui avait des problèmes de déglutition sans grosse pathologie chronique associée qui lui faisait perdre de l'autonomie. La déglutition, c'est souvent dans les maladies neurologiques ou les maladies respiratoires, les cancers ORL euh... ». Pour autant, aucune des professionnelles ne manifeste un rejet catégorique de l'outil. Une participante dit que l'outil « n'est pas gênant » mais qu'il convient de s'assurer qu'il soit « pertinent [...] en fonction du sujet [...], de la personne ».

Deux IDE considèrent que l'étape 2 du programme est plus adaptée au dépistage des troubles de la déglutition que l'étape 1. L'une affirme qu' « [...] il y a des troubles de la déglutition qui passent un petit peu inaperçus [...] Je sais pas si le step 1 est vraiment sensibilisé, déjà, pour aller aussi loin. Le step 1, ce qui peut alerter, c'est une perte de poids, mais elle peut être liée à plein d'autres choses... Donc oui, s'il y a une alerte perte de poids ou perte d'appétit en alerte 1, on fait le step 2 et après, on peut l'inclure (le EAT-10). Et puis, il peut être positif ou négatif après, hein. Mais le step 1 me paraît léger, on va dire... On peut avoir des troubles de la déglutition et être... pas altéré au step 1 ». L'autre professionnelle pense d'ailleurs que l'alerte appropriée en étape 1 pour songer à la passation du EAT-10 en étape 2 « C'est la nutrition. Parce qu'en mobilité je reste persuadée, qu'en gestion d'alerte mobilité, c'est hyper rare qu'on arrive à parler de troubles de déglutition à ce moment-là... enfin je... même, enfin ça m'est jamais arrivé je crois en fait.... Ou alors, il faudrait savoir qu'il y a un antécédent [...] ».

2. Simplicité d'utilisation

Le terme le plus récurrent pour qualifier le EAT-10 est « simple », il a été employé par 3 infirmières. 2 des participantes le qualifient également de « facile ». De manière plus isolée,

des professionnelles ont décrit l'outil comme étant « fluide » et « clair ». Cependant, aucune d'entre elles, ne l'a manipulé sous son format initial de conception, à savoir sous une modalité d'auto-questionnaire. Effectivement, elles sont 2 à avoir spontanément posé les questions à leurs patients. Face au profil compliqué d'une patiente, une autre professionnelle a dû l'accompagner : « C'est vrai que j'ai dû reformuler... re... recadrer [...] Mais... c'est spécifique [...] à cette patiente-là quoi. Mais bon, après ça se fait [...] Et c'est vrai que là dans le mode auto-passation, ça aurait été faussé, dans ce cadre-là peut-être. ». Elle précise que « si ça doit être en mode auto-évaluation ... peut-être que quand la personne a des troubles cognitifs, ça peut être un peu compliqué, enfin [...] ça peut ne pas être approprié... », puis elle reconnaît que cette problématique peut être palliée par un recueil assuré par le professionnel. Une autre participante rejoint ce point de vue en disant qu'il « faut quand même qu'il y ait un retour aussi... Il faut qu'il puisse y avoir une alliance, une complaisance avec la personne aussi. C'est pas évident, [...] il y a des questions qui sont moins évidentes, à répondre facilement quoi ». L'infirmière qui n'a pas pu manipuler l'outil auprès d'un patient affirme que de manière générale, pour les auto-questionnaires, les sujets âgés auxquels elle a affaire « ont besoin d'être accompagnés. Mais ça me dérange pas. C'est-à-dire qu'ils ont besoin de comprendre comment marche le test. Donc les 3 premières questions on les accompagne et après ils font le reste des auto-questionnaires, seuls » mais elle imagine contrer cet obstacle : « à part quelques questions mais c'est vrai qu'on peut même l'adapter à ces gens qui sont pas en capacité de le remplir eux-mêmes.... Qui ont des troubles cognitifs avancés ou qui ont quand même des troubles de la déglutition sur des maladies neurodégénératives avancées. On peut voilà... avec la famille... à part sur la douleur et sur le stress ». Celle-ci considère également que la modalité auto-évaluation « [...] fait perdre du temps ». Une autre IDE estime que le EAT-10 « s'accroche avec [...] avec d'autres échelles, on peut pas venir directement sur celui-là. Je pense qu'il faut d'abord, d'autres questions, [...] il faut une réponse positive à une première question pour en arriver là. Moi, je sais que je posais [...] une question de perte de poids et ça c'est sûr ! Euh, je posais aussi "est-ce que vous avez des difficultés à avaler ?" [...] Et, si j'avais une petite [...] hésitation dans la réponse... j'y allais un petit peu plus profondément ».

L'ensemble des professionnelles ne semble pas avoir rencontré de difficultés majeures, néanmoins, une d'entre elles pense que la réponse à certaines questions peut ne pas être évidente à évaluer pour les patients, comme « mon problème de déglutition m'a fait perdre du poids ». Aucune des participantes n'évoque un manque de ressource pour administrer le EAT-10, mais 2 IDE pensent qu'une certaine expertise clinique est tout de même nécessaire à la manipulation de l'outil, au moins pour approfondir les investigations et pour interpréter les résultats. A l'inverse, les 2 autres professionnelles présument que le format auto-

questionnaire induit de fait, une accessibilité à tous : « les diététiciens [...] même les auxiliaires de vie, pourquoi pas ? après tout... Ça peut être une porte d'entrée justement ... et à donner après au médecin [...] ça peut être utilisé par la famille », « il n'y a pas de notions médicales particulières... Il y a même pas de termes médicaux vu que c'est un auto-questionnaire [...] Ça peut être fait par n'importe quel professionnel de santé et même d'auxiliaires de vie ou par un aidant naturel ». L'interprétation du score de l'outil s'est faite « très simplement », a été « directe [...] bien indiqué(e) » ou encore « facile » pour les infirmières qui ont pu l'expérimenter.

3. Rapidité d'utilisation

L'impact temporel de l'implémentation du EAT-10 aux évaluations d'étape 2 semble minime pour les professionnelles l'ayant manipulé. Effectivement, une infirmière le présente comme « Très rapide, aucune influence », une autre affirme que l'implémentation de l'échelle « ne prend pas beaucoup de temps. Oui, ça l'a rallongé (l'évaluation) de 2-3 minutes peut-être ? Elle est pas très longue ». Les deux autres personnes attestent avoir le temps lors de leurs évaluations : « Nous dans les consultations on a le temps ! », « [...] je prends le temps avec mes patients, en fait. Le temps ne me dérangera pas ». Une participante a exprimé une solution de gain de temps : « Alors [...] est-ce qu'on peut avoir un doute après le step 1 ?... (Réfléchit). Je ne suis pas certaine [...], parce que sinon j'aurais proposé de la faire remplir en auto-évaluation [...] avant de venir au rendez-vous step 2, par exemple. Mais du coup, ça va être compliqué parce que... est-ce que ça va être adapté ou pas... ? Ça, c'est moins sûr ». Le gain de temps est également évoqué par une IDE qui propose de questionner les patients directement plutôt que d'utiliser l'outil en mode auto-questionnaire.

DISCUSSION

L'objectif principal s'intéressait à la possibilité d'implémenter le EAT-10 (Belafsky et al., 2008) au programme ICOPE, dans le but d'augmenter le repérage du syndrome gériatrique de déglutition. De cette manière le syndrome serait appréhendé par le prisme des fragilités (Chen et al., 2021; Namasivayam-MacDonald et al., 2019; Smithard, 2016). Cette enquête part du principe que la possibilité d'implémenter l'outil dépend de la profession et/ou de la familiarité orthophonique.

Pour rappel, par l'intermédiaire d'un questionnaire, des professionnels intégrés au programme ont été sondés sur le repérage des troubles de la déglutition chez les sujets âgés fragiles dans ICOPE. Ils se sont également exprimés sur la pertinence d'incorporer l'outil au sein du programme ainsi que sur leur familiarité avec la discipline orthophonique. Au vu de l'effectif réduit des répondants au questionnaire, le recueil de données ne permet

pas de confirmer les hypothèses. Autrement dit, l'échantillon ne confirme pas que la possibilité d'implémenter le EAT-10 au programme dépend d'une profession, ni qu'elle est significativement liée au contact orthophonique. Cependant, les estimations recueillies convergent en faveur d'une implémentation, pour la grande majorité des répondants. Et, il est à noter que lors des entretiens, la seule infirmière qui avait déjà eu recours à l'orientation orthophonique pour des troubles de la déglutition a verbalisé plus d'intérêt que les autres, face à l'implémentation du EAT-10. Par ailleurs, pour répondre à l'hypothèse que le EAT-10 est un bon candidat à l'implémentation, il a été proposé aux participants de l'expérimenter. Par la suite, se tenait un entretien semi-directif permettant d'approfondir les sujets abordés dans le questionnaire et surtout de représenter les perspectives d'appropriation de l'outil par les soignants formés à l'étape 2 du programme. Cela, en considérant tous les atouts de cet outil, à savoir son efficacité, sa simplicité et sa rapidité d'utilisation (Schindler et al., 2023). Les entretiens ont alors confirmé l'hypothèse de la simplicité et de la rapidité d'utilisation du EAT-10. Néanmoins, la pertinence de son implémentation dans le cadre d'ICOPE reste plus nuancée pour les participantes.

Parmi les 30 sujets interrogés, plus de la moitié estiment qu'ICOPE aide au repérage des troubles de la déglutition. Pourtant, l'ajout d'un outil qui les aiderait dans ce repérage reste pertinent pour une majorité d'entre eux (16 soit 86,7%). Au vu de la complexité de ce domaine, il reste néanmoins surprenant que 10 participants estiment que le programme permet de repérer les troubles de la déglutition sans connaissances particulières sur le sujet. Baijens et al. (2016) déplorent au contraire que la dysphagie, chez les sujets âgés, ne soit pas suffisamment abordée dans toutes les formations initiales de soignants. Un mémoire orthophonique récent fait état de ces inégalités qui sont parfois même intra-professionnelles, c'est le cas chez les aides-soignants : malgré un référentiel commun, les éléments essentiels à l'enseignement de la dysphagie sont disparates selon les centres de formation (Fontas, 2023). Par ailleurs, lorsque l'outil est dévoilé, à la suite de la présentation du EAT-10, il semble satisfaire la majorité des répondants car seulement 5 (16,7%) d'entre eux ne trouvent pas pertinente l'implémentation de cet outil. Ils le justifient par des raisons très variées mais le manque de temps revient à 2 reprises. Cette minorité de réponses sur la contrainte temporelle dénote clairement des autres résultats, notamment de ceux obtenus au travers des entretiens. Effectivement, les hypothèses relevant de la rapidité et de la simplicité de l'outil sont confirmées par les participantes, au même titre que la littérature le retrace dans l'article de Schindler et al. (2023).

En revanche, la pertinence d'implémenter l'outil au programme demeure plus nuancée lors des entretiens. Malgré une appropriation aisée et spontanée du EAT-10, les IDE interrogées

semblent avoir divers questionnements quant à son impact dans le programme. Une d'entre elles se questionne véritablement sur la population ciblée, à savoir les personnes âgées fragiles : sont-elles les personnes à privilégier dans le repérage du syndrome gériatrique de déglutition ? Pour elle, la fragilité n'est pas suffisante pour évoquer la présence du trouble. Certes, à ce stade, le trouble n'est pas présent. Mais, Smithard (2016) affirme que dans 70 % des cas, une presbyphagie conduit à une dysphagie à cause des fragilités. Et, il convient de prendre en considération ce lien étroit qui unit la présence de fragilité avec l'engrenage de la pathologie et ses complications (Chen et al., 2021; Namasivayam-MacDonald et al., 2023). La sarcopénie n'est pas à négliger : elle peut affecter les muscles impliqués dans la déglutition, ceux qui protègent les voies aériennes et plus largement, la musculature nécessaire à l'auto-alimentation (emmener les aliments à la bouche) ou au positionnement optimal (tonus du tronc). Campo-Rivera et al. (2022) relatent une origine sarcopénique chez 45 % de personnes institutionnalisées présentant une dysphagie. La santé bucco-dentaire est un paramètre sur lequel il faut porter une grande vigilance également. Si elle est négligée, cela peut induire des difficultés de mastication (plaies, prothèses, ...) ou conduire à une contamination des voies aériennes (salive ou aliments contaminés par les bactéries présentes dans la bouche subissant des déviations dans les poumons, ou fausses-routes) (Langmore et al., 1998). Comme le décrivent De Sire et al. (2022) « une altération de la santé bucco-dentaire peut entraîner une dénutrition et une sarcopénie, qui peuvent à leur tour provoquer une dysphagie, entraînant un cycle négatif qui aggrave l'état général du patient » (p.8). Les auteurs évoquent également les répercussions de dénutrition sur le système immunitaire, qui elle-même influence la récupération des affections pulmonaires.

Par ailleurs, les participantes expliquent que leur jugement clinique, complété du MNA, leur permet de dépister le syndrome gériatrique de déglutition. Le MNA s'intéresse à la dénutrition, qui est une des complications de la dysphagie et peut témoigner de la présence d'un syndrome gériatrique de déglutition. Des signes de dénutrition peuvent donc signifier que des troubles de la déglutition sont installés depuis longtemps, au point d'engendrer une dénutrition. Une d'entre elles a confié avoir utilisé le EAT-10 en substitution du MNA. Il paraît préférable de les entrevoir comme des outils complémentaires plutôt que des substituts : l'un évoque le risque de présenter des troubles de déglutition et l'autre le risque de présenter un état de dénutrition. Toutes les autres complications de la dysphagie devraient être considérées de cette même façon. Ces réflexions émises par les participantes font du lien avec la préconisation de Giammarino et al. (2012). Ces auteurs pensent effectivement que « l'orthophoniste de chaque établissement clinique doit informer 27 l'équipe médicale sur les signes précoces qui permettent de suspecter un diagnostic de dysphagie » (p.2).

En outre, un point fait consensus : toutes les professionnelles envisagent le EAT-10 comme un outil supplémentaire. Celui-ci est susceptible de leur servir lorsqu'elles font face à des patients dont le profil suggère des troubles de la déglutition. Pour la moitié d'entre elles, il pourrait aussi représenter une façon d'objectiver leur observation clinique. Mais, une des participantes doute de la place de l'outil au sein de la communauté de soignants en gériatrie. Pourtant, son efficacité a été démontrée par l'étude de Belafsky et al. (2008) puis a été approuvée et relayée auprès de la communauté en 2016 dans le Livre Blanc de la Société Européenne des troubles de la déglutition (ESSD) (Bajens et al., 2016). Au vu de la multitude d'outils de dépistage existants, l'utilisation du EAT-10 n'est possiblement pas déployée auprès de tous les professionnels mais sa simplicité d'interprétation ne semble pas représenter un frein dans la communication interprofessionnelle : si le score est supérieur à 3, il y a des risques que le sujet présente un trouble. De cette manière, il semble possible de préconiser ou non une orientation du patient vers des examens complémentaires.

Aussi, il est intéressant de mentionner la familiarité orthophonique. Le questionnaire témoigne d'une majorité de soignants n'ayant jamais eu recours, dans le cadre d'ICOPE, à une orientation orthophonique. Les entretiens ont permis de préciser que certains professionnels aimeraient y avoir recours mais que les circonstances géographiques et la disponibilité des orthophonistes ne le permettent pas toujours. Une d'entre elles rapporte la croyance selon laquelle les orthophonistes privilégient les patients enfants, en comparaison aux personnes âgées. Une autre IDE a partagé le même point de vue, au cours d'un échange informel, hors enregistrement. Ce constat témoigne d'une représentation altérée de l'orthophonie ou d'une expérience stéréotypée. D'autant que ce préjugé semble constituer un obstacle au travail multidisciplinaire qui doit s'organiser autour des patients âgés dysphagiques. Aussi, une des infirmières reconnaît ne pas penser aux orthophonistes quand il s'agit de diagnostiquer les troubles de la déglutition, et une d'elle associe instantanément la dysphagie à une recherche de causes cancérologiques et/ou ORL. Les propos exprimés au cours des entretiens démontrent la nécessité de consolider le principe d'éducation interprofessionnelle dans le soin, en particulier dans le contexte du programme ICOPE et pour les domaines complexes comme le syndrome gériatrique et la dysphagie. Ce principe est reconnu car il tend à offrir aux patients des soins de haute qualité (Thistlethwaite, 2012). Ceci pourrait être également une solution pour replacer le rôle des orthophonistes et leurs interventions dans les troubles de déglutition ainsi qu'auprès d'un public âgé. Les échanges qui ont eu lieu au cours des entretiens, ont mis également en évidence la problématique liée à la pénurie d'orthophonistes. Cette situation est clairement reconnue par la Fédération Nationale des Orthophonistes (s.d) : en plus de mettre à mal les orthophonistes,

cette situation alimente la « souffrance » de certains patients en se voyant refuser l'accès au soin soit par l'absence de professionnels à proximité de leur lieu de vie, soit pour cause d'indisponibilité de ceux-ci dans une temporalité donnée.

La limite majeure de ce mémoire se concentre sur l'effectif des répondants. De nombreuses relances ont été engagées pour obtenir le total de 30 réponses au questionnaire. Une seule personne a spontanément proposé sa participation pour la suite de l'expérimentation. Cette situation met en lumière la difficulté à solliciter les professionnels médicaux et paramédicaux dans la conjoncture actuelle. Un rapport du Sénat mentionne effectivement une dégradation des conditions de travail des soignants (Deroche, 2022), ce qui semble entraver leur disponibilité pour réaliser des tâches parallèles à leur activité principale, comme répondre à des enquêtes de santé. Ainsi, en dépit de l'objectivité attendue des résultats, ceux-ci peuvent être considérés comme une estimation et constituer le fondement d'une étude pilote ayant pour vocation à être élargie. Cela questionne également sur la place et l'intérêt des troubles de la déglutition dans la communauté de santé, rappelant les éléments relevés dans la littérature : le fait que l'investigation des troubles de la déglutition ne soit pas systématique (Baijens et al., 2016) et que ce diagnostic soit complexe (Chen et al., 2021). Une autre des limites de ce travail porte sur la constitution du questionnaire. En effet, la question visant à recueillir des informations sur l'ancienneté des professionnels, au sein du programme, était finalement peu pertinente. Les IDE ont été les premiers professionnels de santé qui se sont vus proposer la formation ICOPE, notamment aux évaluations d'étape 2. Ceci explique le taux de significativité retrouvé à propos de l'ancienneté des IDE au regard des autres professionnels de santé. L'ouverture de la formation à d'autres professions de santé ne s'est établie qu'après 2021. Cette question aurait pu laisser place à une interrogation plus intéressante telle que la formation sur les troubles de la déglutition ou plus largement sur la dysphagie. Les répondants auraient pu mentionner s'ils avaient abordé ces thématiques en formation initiale ou en formation continue, peut-être aurait-il rapporté un apprentissage de terrain ou encore aucune formation à ce sujet. Cette investigation aurait peut-être permis de mieux comprendre le besoin ou non des professionnels à se référer à un outil de dépistage pour objectiver leurs évaluations.

Un des points forts de ce mémoire est sa thématique. Effectivement, la prévention du syndrome gériatrique de déglutition, est difficilement prise en compte sur le terrain à cause de la pluralité de ses facteurs de risque. Notamment, en considérant les fragilités comme une ouverture voire un déclenchement de son apparition. Ainsi, le thème a suscité l'intérêt de l'équipe ICOPE au CHU de Toulouse, d'une part pour les troubles de la déglutition qui ne sont pas explicitement exploités au sein du programme et d'autre part pour le lien étroit

qui relie ce trouble à la problématique de la dénutrition ainsi qu'à ses autres complications. Une autre force de ce travail repose sur le choix de l'outil. La simplicité du EAT-10 a fait consensus lors des entretiens et cela a permis une appropriation spontanée des professionnelles qui l'ont manipulé. L'enjeu de ce travail s'attarde par la même occasion à proposer des solutions simples et cohérentes aux problématiques soulevées lors des investigations.

L'ouverture majeure de ce travail serait de le considérer comme une étude pilote et de réinvestir les éléments au profit d'une méthode plus large et dans le but d'affiner le recueil de données. Mais les prémices des résultats semblent tout de même conduire à une perspective majeure. Celle-ci s'attache à l'éducation interprofessionnelle au sein du programme ICOPE, ainsi qu'à la sensibilisation des enjeux d'un repérage précoce du syndrome gériatrique de déglutition. Hermabessière et al. (2019) considèrent d'ailleurs cette intervention comme « une démarche pluridisciplinaire, où chaque professionnel peut prendre part à la mise en évidence des troubles et apporter son savoir-faire, (pour) permettre d'en limiter les complications. Il paraît donc important que les soignants soient sensibilisés à la problématique des troubles de la déglutition, formés à leur repérage et à leur prévention » (p.30). Cette perspective pourrait prendre de nombreuses formes et permettrait d'augmenter le repérage. Par exemple, la mise en œuvre de groupes de travail pluridisciplinaires, sur une base de volontariat, a déjà fait ses preuves comme l'évoquait Hermabessière et al. (2019). Cela pourrait prendre tout son sens au sein du programme. Giammarino et al. (2012), attestent que « pour accélérer le processus d'orientation, l'orthophoniste doit également assumer le rôle de formateur de l'équipe médicale [...] La mise en œuvre de cette approche par l'orthophoniste garantira une prise en charge efficace de la dysphagie, contribuant ainsi à la sécurité du patient » (p.2).

Il convient de se pencher également sur le sujet des enjeux d'une prise en soin précoce. Les échanges avec l'une des infirmières a d'ailleurs mis en lumière l'importance de pouvoir proposer des solutions aux patients, si ce risque est suspecté ou avéré au cours d'une évaluation. Effectivement, une action de prévention voire une prise en soin précoce conditionnent l'émergence de complications liées à la dysphagie. Une organisation préventive adressée aux personnes âgées fragiles semble envisageable et adaptée à ce public. Cela pourrait s'élaborer à travers la création d'un support explicatif de type « fiche-conseil » sur le trouble et ses complications, en y incluant des préconisations. Ce format pourrait être synthétique, adaptatif et laissé à l'issue d'une évaluation. En complément, un mémoire orthophonique démontrait, il y a quelques années, des résultats très satisfaisants auprès des personnes âgées en leur proposant des ateliers d'éducation thérapeutique. Cela

constituerait une stratégie d'intervention idéale dans la gestion de leurs difficultés. (Pronost, 2011).

CONCLUSION

La déglutition est un enchaînement physiologique complexe et pour des raisons diverses, des dysfonctionnements sont susceptibles de survenir au cours de sa réalisation ; provoquant de graves complications telles que de la dénutrition, de la déshydratation, des pneumopathies voire une asphyxie. Malgré un manque considérable de moyens universels, la recherche d'un trouble se déroule généralement en trois étapes distinctes : un dépistage qui peut être approfondi, si nécessaire, par des évaluations cliniques puis instrumentales. Force est de constater que nombreux des tests de dépistage ont été élaborés pour répondre à des problématiques de dysphagie dans des contextes pathologiques très spécifiques. Or, le vieillissement en lui-même est susceptible d'entraîner des fragilités. Celles-ci s'installent insidieusement chez les seniors et leur cumul entraîne les sujets dans un syndrome gériatrique. La dysphagie fait partie intégrante de ce syndrome. Il a été démontré qu'un sujet atteint de presbyphagie s'expose fortement au risque de développer une dysphagie. En dépit de cette réalité, les troubles de la déglutition demeurent inexplorés de façon systématique dans les examens de routine. Pourtant, il apparaît clairement que la détection précoce de ces troubles peut améliorer l'état de santé et la qualité de vie des sujets vieillissants, tout en diminuant le taux de mortalité lié. Au vu du lien étroit établi entre la dysphagie et les fragilités, le programme ICOPE est un moyen de repérer les sujets fragiles exposés au risque de tomber dans le syndrome. Les professionnels interrogés au cours de ce travail se montrent, pour la grande majorité, favorables à la possibilité d'implémenter le EAT-10 dans le programme pour assurer ce repérage. Il ressort que cet outil est simple et rapide d'utilisation, bien que sa pertinence au sein du programme reste discutable pour certains professionnels. Ce point soulève des questionnements quant à la place de l'information sur les troubles de la déglutition dans les formations initiales et de manière plus générale dans la communauté des professionnels de santé. L'orthophoniste reste un acteur central dans la prise en soin de ce trouble complexe : il s'enrichit des apports multidisciplinaires pour affiner son diagnostic et son projet de soins, de même qu'il lui revient de partager son expertise avec les autres professionnels pour générer des échanges constructifs autour de cette problématique et offrir ainsi une véritable qualité de soin aux patients âgés.

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

- Agence Régionale de Santé Occitanie. (2022). Le programme de prévention de la dépendance ICOPE se déploie en Occitanie [communiqué de presse]. https://www.occitanie.ars.sante.fr/system/files/202202/2022_02_19_ICOPE_Occitane.pdf
- Agence Régionale de Santé Pays de la Loire. (2018). Les livrets du projet régional de santé 2018-2022. *Repérage de la fragilité et prévention de la perte d'autonomie*. <https://www.projet-regional-de-sante-pays-de-la-loire.ars.sante.fr/reperage-de-la-fragilite-et-prevention-de-la-perte-dautonomie>
- Athari, E., Papon, S., & Robert-Bobée, I. (2019). France, portrait social: Quarante ans d'évolution de la démographie française : Le vieillissement de la population s'accélère avec l'avancée en âge des baby-boomers. Insee. <https://www.insee.fr/fr/statistiques/fichier/4238781/FPORSOC19.pdf>
- Auzou, P. (2007). Anatomie et physiologie de la déglutition normale. *Kinésithérapie, la Revue*, 7(64), 14-18. [https://doi.org/10.1016/S1779-0123\(07\)70368-6](https://doi.org/10.1016/S1779-0123(07)70368-6)
- Baijens, L. W., Clavé, P., Cras, P., Ekberg, O., Forster, A., Kolb, G., Leners, J. C., Masiero, S., Mateos del Nozal, J., Ortega, O., Smithard, D. G., Speyer, R., & Walshe, M. (2016). European Society for Swallowing Disorders; European Union Geriatric Medicine Society white paper: Oropharyngeal dysphagia as a geriatric syndrome. *Clinical Interventions in Aging, Volume 11*, 1403-1428. <https://doi.org/10.2147/CIA.S107750>
- Banda, K. J., Chu, H., Chen, R., Kang, X. L., Jen, H.-J., Liu, D., Shen Hsiao, S.-T., & Chou, K.-R. (2022). Prevalence of Oropharyngeal Dysphagia and Risk of Pneumonia, Malnutrition, and Mortality in Adults Aged 60 Years and Older: A Meta-Analysis. *Gerontology*, 68(8), 841-853. <https://doi.org/10.1159/000520326>
- Bardin, L. (2013). L'analyse de contenu. *Presses Universitaires de France*. <https://doi.org/10.3917/puf.bard.2013.01>
- Belafsky, P. C., Mouadeb, D. A., Rees, C. J., Pryor, J. C., Postma, G. N., Allen, J., & Leonard, R. J. (2008). Validity and Reliability of the Eating Assessment Tool (EAT-10). *Annals of Otolaryngology, Rhinology & Laryngology*, 117(12), 919-924. <https://doi.org/10.1177/000348940811701210>

- Bernard, M., Aussel, C., & Cynober, L. (2007). Marqueurs de la dénutrition et de son risque ou marqueurs des complications liées à la dénutrition? *Nutrition Clinique et Métabolisme*, 21(1), 52-59. <https://doi.org/10.1016/j.nupar.2007.01.009>
- Berzlanovich, A. M., Fazeny-Dörner, B., Waldhoer, T., Fasching, P., & Keil, W. (2005). Foreign body asphyxia. *American Journal of Preventive Medicine*, 28(1), 65-69. <https://doi.org/10.1016/j.amepre.2004.04.002>
- Blancafort Alias, S. & al. (2004). Environmental Research and Public Health. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 1(1), 1-2. <https://doi.org/10.3390/ijerph2004010001>
- Blanchet, A. (2015). L'entretien (A. Gotman & F. de Singly (Eds.); Nouvelle présentation 2015.). *Armand Colin*.
- Bleeckx, D., Postiaux, G., & Reyckler, Hervé. (2010). *Dysphagie : Évaluation et rééducation des troubles de la déglutition*. De Boeck Université.
- Bouchon, J.-P. (2004). Particularités diagnostiques et grands principes thérapeutiques en gériatrie. *EMC - Médecine*, 1(6), 513-519. <https://doi.org/10.1016/j.emcmed.2004.08.004>
- Campo-Rivera, N., Ocampo-Chaparro, J. M., Carvajal-Ortiz, R., & Reyes-Ortiz, C. A. (2022). Sarcopenic Dysphagia Is Associated With Mortality in Institutionalized Older Adults. *Journal of the American Medical Directors Association*, 23(10), 1720.e11-1720.e17. <https://doi.org/10.1016/j.jamda.2022.06.016>
- Capet, C., Delaunay, O., Idrissi, F., Landrin, I., & Kadri, N. (2007). Troubles de la déglutition de la personne âgée : Bien connaître les facteurs de risque pour une prise en charge précoce. *NPG Neurologie - Psychiatrie - Gériatrie*, 7(40), 15-23. [https://doi.org/10.1016/S1627-4830\(07\)91444-0](https://doi.org/10.1016/S1627-4830(07)91444-0)
- Centre Hospitalier Universitaire de Toulouse. (2022). *ICOPE MONITOR, une application pour prévenir le déclin des fonctions chez les personnes âgées*. Hôpitaux de Toulouse [communiqué de presse]. <https://www.chu-toulouse.fr/l-un-des-plus-grands-programmes-de-prevention-de>
- Centre Hospitalier Universitaire de Toulouse. (2020). L'un des plus grands programmes de prévention de la perte d'autonomie au monde déployé en Occitanie. Hôpitaux de Toulouse. <https://www.chu-toulouse.fr/icope-monitor-une-application-pour-prevenir-le>

- Centre National de Ressources Textuelles et Lexicales. (s.d). Vieillesse : Définition de vieillesse. <https://cnrtl.fr/definition/vieillesse>
- Chalmers, J., King, P., Spencer, A., Wright, F., & Carter, K. (2005). The Oral Health Assessment Tool—Validity and reliability. *Australian Dental Journal*, 50(3), 191-199. <https://doi.org/10.1111/j.1834-7819.2005.tb00360.x>
- Chen, S., Kent, B., & Cui, Y. (2021). Interventions to prevent aspiration in older adults with dysphagia living in nursing homes : A scoping review. *BMC Geriatrics*, 21(1), 429. <https://doi.org/10.1186/s12877-021-02366-9>
- Cormary, X., Tannou, Y., Bras, M., Culis, M., Cugy, E., & Blasco-Baque, V. (2018). Pleasure of eating despite dysphagia in nursing homes : A multi-disciplinary plan. *Dysphagia - 7th ESSD Congress and World Dysphagia Summit, Barcelona 2017*, 33(4), 484-588. <https://doi.org/10.1007/s00455-018-9900-0>
- De Sire, A., Ferrillo, M., Lippi, L., Agostini, F., de Sire, R., Ferrara, P. E., Raguso, G., Riso, S., Rocuzzo, A., Ronconi, G., Invernizzi, M., & Migliario, M. (2022). Sarcopenic Dysphagia, Malnutrition, and Oral Frailty in Elderly: A Comprehensive Review. *Nutrients*, 14(5), 982. <https://doi.org/10.3390/nu14050982>
- Demaison, C., Grivet, L., Maury-Duprey, D., & Mayo-Simsbler, S. (2019). *France, portrait social* (INSEE, Éd.). <https://www.insee.fr/fr/statistiques/4238781>
- DePippo, K. L., Holas, M. A., & Reding, M. J. (1992). Validation of the 3-oz Water Swallow Test for Aspiration Following Stroke. *Archives of Neurology*, 49(12), 1259-1261. <https://doi.org/10.1001/archneur.1992.00530360057018>
- Deroche, C. (2022). Rapport fait au nom de la commission d'enquête sur la situation de l'hôpital et le système de santé en France, (Présidence du Sénat 587). Sénat.
- Desport, J.-C., Jésus, P., Fayemendy, P., De Rouvray, C., & Salle, J.-Y. (2011). Évaluation et prise en charge des troubles de la déglutition. *Nutrition Clinique et Métabolisme*, 25(4), 247-254. <https://doi.org/10.1016/j.nupar.2011.09.001>
- Dillies, B. (2023). *Dénutrition : « Mâcher, c'est la vie » assure cet orthophoniste qui milite pour la sortie de la nourriture mixée dans les Ehpad*. <https://www.ladepeche.fr/2023/11/29/denutrition-macher-cest-la-vie-assure-cet-orthophoniste-qui-milite-pour-la-sortie-de-la-nourriture-mixee-dans-les-ehpad-11607845.php#>

- Ebihara, S., Sekiya, H., Miyagi, M., Ebihara, T., & Okazaki, T. (2016). Dysphagia, dystussia, and aspiration pneumonia in elderly people. *Journal of Thoracic Disease*, 8(3), 632-639. <https://doi.org/10.21037/jtd.2016.02.60>
- Fargues, N., & Guyon, A. (2016). *Le COLP-FR-G-2 : Modification et validation multicentrique de l'outil d'évaluation de la déglutition COLP-FR-G*. [Mémoire orthophonique]. Centre de Formation Universitaire en Orthophonie de Paris.
- Fédération Nationale des Orthophonistes (FNO). (s.d). Accès aux soins <https://www.fno.fr/acces-aux-soins/>
- Fontas, M. (2023). La dysphagie en EHPAD : état des lieux de la formation des aides-soignants [Mémoire orthophonique]. Centre de Formation Universitaire en Orthophonie de Poitiers.
- Fried, L. P., Tangen, C. M., Walston, J., Newman, A. B., Hirsch, C., Gottdiener, J., Seeman, T., Tracy, R., Kop, W. J., Burke, G., & McBurnie, M. A. (2001). Frailty in Older Adults : Evidence for a Phenotype. *The Journals of Gerontology Series A: Biological Sciences and Medical Sciences*, 56(3), M146-M157. <https://doi.org/10.1093/gerona/56.3.M146>
- Gentil, C., Pêcheur-Peytel, G., Navarro, P., Guilhermet, Y., & Krolak-Salmon, P. (2021). Les troubles de la déglutition chez le patient âgé : Les dépister, les évaluer, les prendre en soin. *Pratique Neurologique - FMC*, 12(1), 41-50. <https://doi.org/10.1016/j.praneu.2021.02.003>
- Giammarino, C., Adams, E., Moriarty, C., & Cristian, A. (2012). Safety concerns and multidisciplinary management of the dysphagic patient. *Physical Medicine and Rehabilitation Clinics of North America*, 23(2), 335-342. <https://doi.org/10.1016/j.pmr.2012.02.008>
- Guatterie, M. (2007). Les forces musculaires de la déglutition et leur dysfonctionnement. *Kinésithérapie, la Revue*, 7(64), 19-23. [https://doi.org/10.1016/S1779-0123\(07\)70369-8](https://doi.org/10.1016/S1779-0123(07)70369-8)
- Guatterie, M., Lozano, V., & Barat, M. (1999). Test de capacité fonctionnelle de la déglutition. *Journal de Réadaptation Médicale*, 19(3), 93-97. http://op17.fr/wpcontent/uploads/2012/02/test_capacites_deglutition.pdf
- Guigoz, Y., & Vellas, B. (1999). The Mini Nutritional Assessment (MNA) for Grading the Nutritional State of Elderly Patients : Presentation of the MNA, History and Validation.

- In B. Vellas, Ph. J. Garry, & Y. Guigoz (Éds.), *Nestlé Nutrition Workshop Series : Clinical & Performance Program* (Vol. 1, p. 3-12). KARGER. <https://doi.org/10.1159/000062967>
- Haute Autorité de Santé. (2013). *Comment repérer la fragilité en soins ambulatoires ? - Points clés & solutions, organisation des parcours*. https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2013-06/fiche_parcours_fragilite_vf.pdf
- Hermabessière, S., Campo, J.-F., Lacoste-Ferré, M.-H., & Rolland, Y. (2019). Troubles de la déglutition en gériatrie, formation et évaluation des pratiques professionnelles. *Soins Gériatrie*, 24(137), 29-34. <https://doi.org/10.1016/j.sger.2019.03.009>
- Hidaka, Y., Watanabe, S., Nishikawa, Y., & Irie, I. (2022). A Comprehensive Oral Intake Evaluation Tool (the *Kuchi-kara Taberu* Index) Facilitated Functional Eating Rehabilitation : A Case Report in a Frail Older Patient with Malnutrition and Suspected Iatrogenic Sarcopenia. *Gerontology and Geriatric Medicine*, 8, 233372142210902. <https://doi.org/10.1177/23337214221090284>
- Institut national de la statistique et des études économiques (INSEE). (2023). Population par âge - Tableaux de l'économie française | Insee. https://www.insee.fr/fr/outil-interactif/5367857/details/20_DEM/21_POP/21C_Figure3
- Khaldoun, E., Woisard, V., & Verin, É. (2009). Validation in French of the SWAL-QOL scale in patients with oropharyngeal dysphagia. *Gastroentérologie Clinique et Biologique*, 33(3), 167-171. <https://doi.org/10.1016/j.gcb.2008.12.012>
- Krishnamoorthy, Y., Vijayageetha, M., Kumar, Sg., Rajaa, S., & Rehman, T. (2018). Prevalence of malnutrition and its associated factors among elderly population in rural Puducherry using mini-nutritional assessment questionnaire. *Journal of Family Medicine and Primary Care*, 7(6), 1429. https://doi.org/10.4103/jfmprc.jfmprc_22_18
- Lacau St Guily, J., Périé, S., Bruel, M., Roubeau, B., Susini, B., & Gaillard, C. (2005). Troubles de la déglutition de l'adulte. Prise en charge diagnostique et thérapeutique. *EMC - Oto-rhino-laryngologie*, 2(1), 1-25. <https://doi.org/10.1016/j.emcorl.2004.10.001>
- Langmore, S. E., Terpenning, M. S., Schork, A., Chen, Y., Murray, J. T., Lopatin, D., & Loesche, W. J. (1998). Predictors of Aspiration Pneumonia : How Important Is Dysphagia? *Dysphagia*, 13(2), 69-81. <https://doi.org/10.1007/PL00009559>

Le Robert. (s.d.). Asphyxie. Dans *Dictionnaire en ligne*.
<https://dictionnaire.lerobert.com/definition/asphyxie>

Maeda, K., Shamoto, H., Wakabayashi, H., Enomoto, J., Takeichi, M., & Koyama, T. (2016). Reliability and Validity of a Simplified Comprehensive Assessment Tool for Feeding Support : Kuchi-Kara Taberu Index. *Journal of the American Geriatrics Society*, 64(12), e248-e252. <https://doi.org/10.1111/jgs.14508>

Ministère du travail, de la santé et des solidarités. (s.d.). Article 51 LFSS 2018—Innovations organisationnelles pour la transformation du système de santé.
<https://sante.gouv.fr/systeme-de-sante/parcours-des-patients-et-des-usagers/article-51-lfss-2018-innovations-organisationnelles-pour-la-transformation-du/>

Namasivayam-MacDonald, A., Lam, B., Ma, J., & Affoo, R. (2023). Prevalence, Incidence, and Predictors of Self-reported Swallowing Difficulties in Community-Dwelling Adults : A Population-Based Study from the Canadian Longitudinal Study on Aging (CLSA). *Dysphagia*, 38(5), 1406-1420. <https://doi.org/10.1007/s00455-023-10570-5>

Namasivayam-MacDonald, A., Steele, C. M., & Keller, H. H. (2019). Perception Versus Performance of Swallow Function in Residents of Long-Term Care. *American Journal of Speech-Language Pathology*, 28(3), 1198-1205.
https://doi.org/10.1044/2019_AJSLP-18-0186

Nishida, T., Yamabe, K., & Honda, S. (2021). The Influence of Dysphagia on Nutritional and Frailty Status among Community-Dwelling Older Adults. *Nutrients*, 13(2), 512.
<https://doi.org/10.3390/nu13020512>

Okada, T., Yamaguchi, H., Tanaka, S., Koyama, K., Hishida, A., Konno, S., Nakamura, M., Sugiura, H., & Nishida, Y. (2023). Hand Grip Strength Assessment Based on Sarcopenia Diagnostic Criteria Predicts Swallowing Function. *Dysphagia*.
<https://doi.org/10.1007/s00455-023-10604-y>

Organisation Mondiale de la Santé. (2022). *Vieillesse et santé*.
<https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/ageing-and-health>

Organisation Mondiale de la Santé. (2021). *Décennie pour le vieillissement en bonne santé. Rapport de base. Résumé*. ISBN 978-92-4-003971-1 (version électronique)

- Organisation Mondiale de la Santé. (2017). *Integrated care for older people : Guidelines on community-level interventions to manage declines in intrinsic capacity*. World Health Organization. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/258981>
- Pepersack, T., Maes, G., Allègre, S., & Praet, J.-P. (2016). Dysphagia : A geriatric syndrome ? *Gériatrie et Psychologie Neuropsychiatrie du Vieillissement*, 14(4), 371-376. <https://doi.org/10.1684/pnv.2016.0637>
- Prades, J.-M., Timoshenko, A. P., Asanau, A., Gavid, M., Benakki, H., Dubois, M.-D., Faye, M. B., & Martin, C. (2009). Le muscle cricopharyngien et les nerfs laryngés supérieur et inférieur : Contribution à l'anatomie fonctionnelle de la déglutition. *Morphologie*, 93(301), 35-41. <https://doi.org/10.1016/j.morpho.2009.07.001>
- Pronost, L. (2011). *Impact d'un programme spécifique d'éducation thérapeutique du patient sur la qualité de vie des personnes âgées dysphagiques*. [Mémoire orthophonique]. Centre de Formation Universitaire en Orthophonie de Bordeaux.
- Puisieux, F., d'Andrea, C., Baconnier, P., Bui-Dinh, D., Castaings-Pelet, S., Crestani, B., Desrues, B., Ferron, C., Franco, A., Gaillat, J., Guenard, H., Housset, B., Jeandel, C., Jebrak, G., Leymarie-Selles, A., Orvoen-Frija, E., Piette, F., Pinganaud, G., Salle, J.-Y., Weil-Engerer, S. (2009). Troubles de la déglutition du sujet âgé et pneumopathies en 14 questions/réponses. *Revue des Maladies Respiratoires*, 26(6), 587-605. [https://doi.org/10.1016/S0761-8425\(09\)74690-X](https://doi.org/10.1016/S0761-8425(09)74690-X)
- Riera, S. A., Marin, S., Serra-Prat, M., Tomsen, N., Arreola, V., Ortega, O., Walshe, M., & Clavé, P. (2021). A Systematic and a Scoping Review on the Psychometrics and Clinical Utility of the Volume-Viscosity Swallow Test (V-VST) in the Clinical Screening and Assessment of Oropharyngeal Dysphagia. *Foods*, 10(8), 1900. <https://doi.org/10.3390/foods10081900>
- Rolland, Y., Benetos, A., Gentric, A., Ankri, J., Blanchard, F., Bonnefoy, M., Decker, L. de, Ferry, M., Gonthier, R., Hanon, O., Jeandel, C., Nourhashemi, F., Perret-Guillaume, C., Retornaz, F., Bouvier, H., Ruault, G., & Berrut, G. (2011). Frailty in older population: A brief position paper from the French society of geriatrics and gerontology. *Gériatrie et Psychologie Neuropsychiatrie du Vieillissement*, 4, 387-390. <https://doi.org/10.1684/pnv.2011.0311>
- Schindler, A., De Fátima Lago Alvite, M., Robles-Rodriguez, W. G., Barcons, N., & Clavé, P. (2023). History and Science behind the Eating Assessment Tool-10 (Eat-10) : Lessons

- Learned. *The Journal of Nutrition, Health & Aging*, 27(8), 597-606. <https://doi.org/10.1007/s12603-023-1950-9>
- Smithard, D. G. (2016). Dysphagia Management and Stroke Units. *Current Physical Medicine and Rehabilitation Reports*, 4(4), 287-294. <https://doi.org/10.1007/s40141-016-0137-2>
- Société Française d'Orthopédie Dento-Faciale. (s. d.). Déglutition primaire et orthodontie. *SFODF*. http://www.sfodf.org/avada_portfolio/deglutition-primaire-et-orthodontie/
- Suiter, D. M., & Leder, S. B. (2008). Clinical Utility of the 3-ounce Water Swallow Test. *Dysphagia*, 23(3), 244-250. <https://doi.org/10.1007/s00455-007-9127-y>
- Sum, G., Lau, L. K., Jabbar, K. A., Lun, P., George, P. P., Munro, Y. L., & Ding, Y. Y. (2022). The World Health Organization (WHO) Integrated Care for Older People (ICOPE) Framework : A Narrative Review on Its Adoption Worldwide and Lessons Learnt. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 20(1), 154. <https://doi.org/10.3390/ijerph20010154>
- Swallis Medical. (s.d). *Le dispositif Swallis DSA™*. <https://swallismedical.com/>
- Tavassoli, N., De Souto Barreto, P., Berbon, C., Mathieu, C., De Kerimel, J., Lafont, C., Takeda, C., Carrie, I., Piau, A., Jouffrey, T., Andrieu, S., Nourhashemi, F., Beard, J. R., Soto Martin, M. E., & Vellas, B. (2022). Implementation of the WHO integrated care for older people (ICOPE) programme in clinical practice : A prospective study. *The Lancet Healthy Longevity*, 3(6), e394-e404. [https://doi.org/10.1016/S2666-7568\(22\)00097-6](https://doi.org/10.1016/S2666-7568(22)00097-6)
- Thistlethwaite, J. (2012). Interprofessional education : A review of context, learning and the research agenda. *Medical Education*, 46(1), 58-70. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2923.2011.04143.x>
- Todaro, F., Pizzorni, N., Scarponi, L., Ronzoni, C., Huckabee, M., & Schindler, A. (2021). The Test of Masticating and Swallowing Solids (TOMASS): Reliability and validity in patients with dysphagia. *International Journal of Language & Communication Disorders*, 56(3), 558-566. <https://doi.org/10.1111/1460-6984.12613>
- Trapl, M., Enderle, P., Nowotny, M., Teuschl, Y., Matz, K., Dachenhausen, A., & Brainin, M. (2007). Dysphagia Bedside Screening for Acute-Stroke Patients: The Gugging Swallowing Screen. *Stroke*, 38(11), 2948-2952. <https://www.ahajournals.org/doi/10.1161/STROKEAHA.107.483933>

- Woisard, V., & Puech, M. (2011). *La réhabilitation de la déglutition chez l'adulte : Le point sur la prise en charge fonctionnelle* (2e éd. revue et augmentée). Solal.
- Woisard, V., & Andrieux, M.P, & Puech, M. (2006). Validation d'un questionnaire d'autoévaluation du handicap pour les troubles de la déglutition oropharyngée (Deglutition Handicap Index). *Revue de Laryngologie, Otologie et Rhinologie*, 5, 315-325
- Yang, R.-Y., Yang, A.-Y., Chen, Y.-C., Lee, S.-D., Lee, S.-H., & Chen, J.-W. (2022). Association between Dysphagia and Frailty in Older Adults : A Systematic Review and Meta-Analysis. *Nutrients*, 14(9), 1812. <https://doi.org/10.3390/nu14091812>

ANNEXES

SOMMAIRE

ANNEXE A – Questionnaire	1
ANNEXE B – Grille d’entretien.....	8
ANNEXE C – Note de passation.....	9
ANNEXE D – Retranscription 1	10
ANNEXE E – Retranscription 2.....	15
ANNEXE F – Retranscription 3.....	22
ANNEXE G – Retranscription 4	27

ANNEXE A – Questionnaire

Prévention du syndrome gériatrique de déglutition : utilisation du programme ICOPE comme outil de repérage précoce.

Bonjour,

Dans le cadre de mon mémoire orthophonique de fin d'études, je m'intéresse au **syndrome gériatrique de déglutition** et à la manière de le repérer le plus précocement possible. Mes directeurs de mémoire et moi-même nous questionnons sur l'opportunité d'utiliser le programme ICOPE pour ce faire.

Ce questionnaire rapide et anonyme s'adresse **uniquement aux professionnels de santé pratiquant des STEP 2** du programme ICOPE. Il cherche à mettre en lumière le lien entre ce syndrome gériatrique de déglutition et ICOPE, tout en songeant à implémenter un outil de dépistage pertinent au programme.

A l'issue du questionnaire, les participants souhaitant m'accompagner sur les étapes suivantes pourront me contacter directement par mail ou par téléphone. Il s'agira de tester l'outil de dépistage, sur au moins **une** passation de STEP 2, ainsi que d'en discuter lors d'un entretien (en début d'année 2024).

Ce lien vous permettra d'accéder à la notice d'information de recueil de données :

[Notice d'information](#)

<https://drive.google.com/file/d/1EZZucsnr5u5CtUsxF1653kzt0BHJqVQS/view?usp=sharing>

Si vous avez des questions supplémentaires, n'hésitez pas non plus à me contacter !

Je vous remercie par avance du temps que vous m'accorderez.

Oriane ALMUNIA - CFUO de Lyon

mail :

/ tél :

Encadrée par Caroline BERBON (Infirmière en pratique avancée) et Xavier CORMARY (orthophoniste)

* Indique une question obligatoire

1. Quelle est votre profession ? *

2. Quand avez-vous intégré le programme ICOPE ? *

Exemple : 7 janvier 2019

3. A quelle fréquence (*environ*) faites vous passer des STEP 2 ? *

Une seule réponse possible.

- 1 à 5 fois par mois
- 5 à 10 fois par mois
- plus de 10 fois par mois

4. ICOPE aide à repérer les troubles de la déglutition. *

Plusieurs réponses possibles.

- Oui, en étant expert du sujet
- Oui, même sans connaissance particulière
- Non

5. Si vous avez répondu "oui" à la question précédente, quel(s) module(s) du programme permet(tent) de repérer ces troubles ?

Plusieurs réponses possibles.

- Capacités sensorielles
- Cognition
- Psychologie / thymie
- Mobilité
- Nutrition
- Social
- Autre : _____

6. A l'issue d'une analyse de STEP 2, vous est-il déjà arrivé d'envoyer des sujets en *
consultation orthophonique ?

Plusieurs réponses possibles.

- Oui
 Non

7. Si oui, pour quelle(s) fonction(s) ? *

Plusieurs réponses possibles.

- sensorialité
 cognition
 déglutition
 Non concerné
 Autre : _____

8. Toujours en lien avec la question précédente, quel(s) module(s) du programme
ICOPE vous ont permis une orientation orthophonique ?

Plusieurs réponses possibles.

- Capacités sensorielles
 Cognition
 Psychologie / thymie
 Mobilité
 Nutrition
 Social
 Autre : _____

9. Si vous avez répondu "nutrition", quel item a été indicateur ?

10. L'ajout d'un outil de repérage des troubles de la déglutition est pertinent en STEP 2. *

Une seule réponse possible.

1 2 3 4

Pas Tout-à-fait d'accord

11. En termes de temps, l'ajout d'un outil est envisageable pour dépister les troubles de la déglutition. *

Une seule réponse possible.

1 2 3 4

Pas Tout-à-fait d'accord

Un outil de dépistage : le EAT-10.

Le EAT-10 est un outil d'évaluation de la déglutition. C'est un auto-questionnaire de 10 items à faire remplir par le patient. L'analyse est rapide : le score total (sur 40) est calculable par addition des points renseignés par le patient et indique si celui-ci est susceptible de rencontrer des difficultés concernant la déglutition.

EAT-10: Outil d'évaluation de la déglutition

NOM DE FAMILLE

PRÉNOM

SEXE

ÂGE

DATE

OBJECTIF :

EAT-10 aide à évaluer les difficultés de déglutition.

Nous vous recommandons de vous adresser à votre médecin pour tout traitement de vos symptômes.

A. INSTRUCTIONS :

Répondez à chaque question en indiquant le nombre de points dans les cases.

Dans quelle mesure rencontrez-vous les problèmes suivants ?

1 Mon problème de déglutition m'a fait perdre du poids.

0 = aucun problème

1

2

3

4 = de sérieux problèmes

6 Avaler est douloureux.

0 = aucun problème

1

2

3

4 = de sérieux problèmes

2 Mon problème de déglutition retentit sur ma capacité à prendre mes repas à l'extérieur.

0 = aucun problème

1

2

3

4 = de sérieux problèmes

7 Le plaisir de manger est affecté par mes problèmes de déglutition.

0 = aucun problème

1

2

3

4 = de sérieux problèmes

3 Avaler des liquides me demande un effort supplémentaire.

0 = aucun problème

1

2

3

4 = de sérieux problèmes

8 Lorsque j'avale, des aliments se bloquent dans ma gorge.

0 = aucun problème

1

2

3

4 = de sérieux problèmes

4 Avaler des aliments solides me demande un effort supplémentaire.

0 = aucun problème

1

2

3

4 = de sérieux problèmes

9 Je tousse quand je mange.

0 = aucun problème

1

2

3

4 = de sérieux problèmes

5 Avaler des comprimés me demande un effort supplémentaire.

0 = aucun problème

1

2

3

4 = de sérieux problèmes

10 Cela me stresse d'avaler.

0 = aucun problème

1

2

3

4 = de sérieux problèmes

B. SCORE :

Additionnez le nombre de points et indiquez votre score total dans les cases.

Score total (max. 40 points)

C. LA PROCHAINE ÉTAPE :

Si le score EAT-10 est supérieur ou égal à 3, il est possible que vous ayez des problèmes pour avaler efficacement et en toute sécurité. Nous vous recommandons d'en discuter avec votre médecin.

Référence : La validité et la fiabilité du EAT-10 ont été éprouvées.

Belafsky PC, Mouadeb DA, Rees CJ, Pryor JC, Postma GN, Allen J, Leonard RJ. Validity and Reliability of the Eating Assessment Tool (EAT-10). Annals of Otolaryngology & Laryngology 2008;117(12):919-924.

12. Il vous semble possible de donner cet auto-questionnaire au patient, durant la *
passation d'un STEP 2.

Une seule réponse possible.

- Oui
 Non

13. Si vous avez répondu "non" à la question précédente, pouvez vous préciser la
raison :

14. L'ajout du EAT-10 est pertinent en STEP 2.

Une seule réponse possible.

- 1 2 3 4

Pas Tout-à-fait d'accord

15. Si vous avez sélectionné les items 1 ou 2 à la question précédente, pouvez *
vous préciser :

Une seule réponse possible.

- par manque de pertinence du EAT-10
 par manque de temps, il est difficile d'ajouter un quelque outil lors d'une
passation
 par manque de temps, un autre outil serait préférable
 Non concerné
 Autre : _____

16. Je vous remercie de votre participation et du temps que vous m'avez accordé !

Je vous laisse à nouveau mes coordonnées afin que ceux qui le souhaitent puissent me contacter et tester l'outil.

mail :

tél :

Ce contenu n'est ni rédigé, ni cautionné par Google.

Google Forms

ANNEXE B – Grille d’entretien

GRILLE ENTRETIEN SEMI-DIRECTIF EAT-10

	THÈMES	QUESTIONS	HYPOTHÈSES
PERTINENCE	Passation	Combien de passations avez-vous pu effectuer ?	L'implémentation du EAT-10 dans le programme ICOPE est pertinente
		A quel(s) profil(s) de(s) sujet(s) avez-vous fait passer l'outil ?	
		Quel a été le score du sujet au EAT-10 ?	
Step 3	Pour quelles raisons vous a-t-il semblé nécessaire de dépister les troubles de la déglutition ?		
	A la suite de vos interprétations, quelle orientation (si elle était nécessaire) avez-vous proposé au sujet pour ce module ?		
SIMPLICITÉ	Suites de la pratique	Après cette expérimentation, que pensez-vous concernant l'utilité du EAT-10 en STEP 2 ?	
		Pour quelles raisons envisageriez-vous de l'intégrer à vos passations ?	
	A l'inverse, pour quelles raisons n'envisageriez-vous pas de l'intégrer à vos passations ?		
	Manipulation et fluidité	Qu'avez-vous pensé du format "auto-questionnaire" lorsque vous avez administré le EAT-10 ?	
		Comment qualifieriez-vous la manipulation de l'outil en STEP 2 ?	
Connaissances	Quelles ressources ont pu vous manquer pour administrer le EAT-10 ?		
	Selon vous, quels sont les pré-requis à la manipulation de cet outil ?		
Scores et interprétations	Comment avez-vous interprété les résultats ?		
	<i>Relance : Que pensez-vous du calcul de score du EAT-10 ? Avez-vous rencontré des difficultés ? (Question de relance si besoin)</i>		
RAPIDITÉ	Temps	En incluant le EAT-10 à votre STEP 2, dans quelle mesure a été modifié votre temps de passation ?	
		<i>Relance : Par quel moyen pourriez-vous gagner du temps avec son utilisation ?</i>	
	Autres	Avez-vous d'autres remarques à me partager sur cette expérimentation ?	

ANNEXE C – Note de passation

MÉMOIRE ORTHOPHONIQUE

ALMUNIA Oriane

-

CFUO de Lyon

PREVENTION DU SYNDROME GERIATRIQUE DE DEGLUTITION : Utilisation du programme ICOPE comme outil de repérage précoce.

Bonjour,

Tout d'abord, je vous remercie de l'intérêt que vous portez à mon mémoire et du temps que vous y consacrez.

Je reviens vers vous afin de vous communiquer quelques informations concernant la passation de STEP 2 en y intégrant le EAT-10. La littérature rapporte un véritable effet de synergie entre la dysphagie, la sarcopénie, un mauvais état bucco-dentaire et la dénutrition (De Sire et al., 2022).

C'est pourquoi il semblerait pertinent de rechercher un potentiel syndrome gériatrique de déglutition dans le(s) cas suivant(s) :

- une alerte dans le module **nutrition** en step 1
- une alerte dans le module **mobilité / force** en step 1
- une alerte dans les **deux modules** (cités au-dessus) en step 1

Je vous invite donc à utiliser l'outil de dépistage **au moins une fois** (ou deux, idéalement) au cours des prochaines passations qui s'y prêtent.

Vous trouverez également en PJ :

- la notice d'information relative aux entretiens
- le consentement éclairé à me retourner signé avant le début de l'entretien
- la version française du EAT-10

Je vous laisse le soin de me communiquer rapidement vos disponibilités entre janvier et début mars pour fixer l'entretien en visioconférence (45 min maximum), qui nous permettra d'échanger sur votre passation.

Je vous ferai parvenir un lien WEBEX lorsque nous aurons trouvé un créneau commun.

N'hésitez pas à me contacter si vous avez besoin de plus de précisions.

Je vous remercie par avance.

Bien cordialement,

Oriane ALMUNIA

ANNEXE D – Retranscription 1

Participant 1 : *Infirmière salariée*

Interrogateur : Alors, je lance l'enregistrement... Donc, vous avez testé le EAT-10. Sur combien de consultations avez-vous pu manipuler cet outil ?

Participant 1 : Oui ! J'en ai fait 2.

Interrogateur : Ok, c'est super ! Du coup, j'aimerais connaître le profil des sujets avec qui vous avez pu essayer ?

Participant 1 : Alors c'était 2 dames, ça, c'est sûr. Je me le suis noté car j'en vois tellement que je ne me souviens pas de tout... La première, c'était une dame de 72 ans euh, au step 1 j'avais une perte d'appétit. Donc, je suis allée plus loin sur cette perte d'appétit, bon elle a eu un step complet, hein, cette dame. Mais ce qui est remonté, un petit peu, c'est que c'était une dame seule, avec un poids faible, en tout cas un IMC, donc pour une personne âgée, faible. Il est à 21, 1.. donc bon, ça reste léger pour un sénior, fragile en tout cas. Donc, du coup, je suis allée sur cette perte d'appétit. Pour essayer de comprendre un peu le contexte. Bon, il s'est avéré que c'était le côté solitude qui pêchait un petit peu. Donc, du coup, elle ne voulait plus cuisiner, il manquait ce côté de convivialité en fait. C'est surtout ça, c'était pas mécanique, c'était pas clinique, c'était le côté social du repas en fait.

Interrogateur : Qui n'est pas un côté à négliger effectivement...

Participant 1 : C'est ça... Et, le deuxième sinon, on est sur une dame, je ne sais plus quel âge elle avait, elle était un peu plus âgée, je l'ai pas marqué... J'avais pas d'anomalie sur le step 1 concernant la nutrition, par contre, j'avais une anomalie sur la mobilité... C'est une dame qui est devenue sédentaire, en un an, face à son rôle d'aidante. Et, une prise de poids de 7 kg.

Interrogateur : Super, merci... Et, qu'est-ce que vous avez pensé du format auto questionnaire quand vous l'avez administré ?

Participant 1 : Euh, simple. Il n'y a pas de souci, c'est assez fluide. C'est facile à réaliser, il s'accroche avec le... avec d'autres échelles, on peut pas venir directement sur celui-là. Je pense qu'il faut d'abord, d'autres questions pour après venir à celui-là. Euh et... enfin il faut une réponse positive à une première question pour en arriver là. Moi, je sais que je posais, oui, voilà une question de la perte de poids et ça c'est sûr ! Euh, je posais aussi "est-ce que vous avez des difficultés à avaler ?" ... Quelque... soit, au moment des repas. Et, si j'avais une petite appréhension, enfin, une petite hésitation dans la réponse... j'y allais un petit peu

plus profondément. Ça, moi, je le faisais déjà un petit peu, de base, dans mon step 2 en fait, hein. Parce que bon, c'est la personne âgée, des fois, il y a des troubles de la déglutition qui passent un petit peu inaperçus donc on est un petit peu sensibilisés à ça, c'est notre domaine qui veut ça, hein. Après, il y a des pathologies aussi, quand on voit... On recueille les antécédents des patients donc quand on voit des pathologies comme Parkinson ou des choses comme ça, voilà... On est un petit peu sensibilisés. Mais du coup voilà, moi je sais que je faisais pas ce questionnaire parce que je l'ai découvert grâce à vous mais j'y allais déjà un petit peu, je m'arrêtais, je n'allais pas plus loin si j'avais une réponse négative aux premières.

Interrogateur : Très bien, quand vous dites que ça se raccroche à d'autres échelles, vous pensez à quoi par exemple ?

Participant 1 : Le MNA... Le MNA, oui, ça c'est sûr... euh après... La principale c'est le MNA, après, il y a d'autres questions qui vont avec, le suivi dentaire, hein. Les problèmes de mastication, pas forcément les problèmes pour avaler, mais les problèmes de mastication. On le fait souvent aussi dans le recueil des aliments, un petit peu, on demande ce qu'ils mangent et pourquoi ils ne mangent pas souvent aussi.

Interrogateur : Donc si je comprends bien, ça, ce sont des choses qui ont été repérées en step 1 et qui ont pu être approfondies avec le EAT-10 en step 2 ?

Participant 1 : Je dirais plutôt... peut-être... des alertes qui se sont faites au moment du step 2. Je sais pas si le step 1 est vraiment sensibilisé, déjà, pour aller aussi loin. Le step 1, ce qui peut alerter, c'est une perte de poids, mais elle peut être liée à plein d'autres choses... Donc oui, s'il y a une alerte perte de poids ou perte d'appétit en alerte 1, on fait le step 2 et après, on peut l'inclure (le EAT-10). Et puis, il peut être positif ou négatif après, hein. Mais le step 1 me paraît léger, on va dire... On peut avoir des troubles de la déglutition et être... pas altéré au step 1.

Interrogateur : Oui, complètement, c'est vrai ! D'où la difficulté de les repérer... (rires). Et, d'ailleurs, comment pourriez-vous qualifier la manipulation de l'outil ?

Participant 1 : Qualifier le EAT-10 ?

Interrogateur : Oui.

Participant 1 : Euh... c'est un outil supplémentaire, pour moi.

Interrogateur : D'accord, très bien. Et, est-ce que vous avez rencontré des difficultés pour le manipuler ?

Participant 1 : Euh... non ! Pas de difficultés, après peut-être parce que les tests que j'ai fait passer étaient négatifs, peut-être que ça peut y jouer aussi, hein... Mais j'ai pas eu de difficultés.

Interrogateur : Ok, et à propos du temps, est-ce vous avez remarqué des changements en comparaison à vos consultations habituelles ?

Participant 1 : Non, pas du tout ! Très rapide, aucune influence, non.

Interrogateur : Je me demandais s'il y avait des ressources qui auraient pu vous manquer durant la manipulation ?... Pour utiliser le EAT-10 ?...

Participant 1 : Des ressources... euh non pas particulièrement... après comme je vous disais, c'étaient deux complets et tout est intriqué, hein dans ces domaines, tout est lié... Euh... j'ai pas manqué de quoi que ce soit, non... je ne l'ai pas ressenti en tout cas. Peut-être hein... mais ... ?

Interrogateur : Ah, non non, mais ce n'est pas une obligation, c'est très bien comme ça aussi... (rires). Et, est-ce que vous pensez qu'il y a des prérequis à avoir avant de manipuler cet outil justement ?

Participant 1 : Des prérequis... euh, moi je pense quand même qu'il faut être soignant, hein, un petit peu, pour interpréter... Pour la passation en soi... Peut-être non... On pose les questions... un petit peu, pas de problème... Voilà, mais pour l'interprétation, pour aller plus loin, oui. Pour l'utiliser en fait, pour utiliser l'outil, je pense qu'il faut aller plus loin. Enfin, qu'il faut être formé quoi.

Interrogateur : Ok, et du coup, si je comprends bien c'est vous qui leur avez posé les questions, hein ? ... Ou vous avez le questionnaire à ces dames ?

Participant 1 : Non, c'est moi qui leur ai posé les questions... C'est ce qu'il fallait faire ? Je ... ? je sais pas ?

Interrogateur : A la base, c'est un auto-questionnaire, mais vous avez pu vous l'approprier intuitivement, c'est intéressant ! C'est très bien aussi.

Participant 1 : Oui, c'est moi qui leur ai posé les questions...mhh.

Interrogateur : Vous me disiez que les résultats avaient été négatifs chez ces deux personnes, donc j'imagine que vous n'avez pas proposé d'orientation concernant la déglutition chez ces dames.

Participant 1 : Non, aucun.

Interrogateur : Hum hum, en l'occurrence ces deux personnes de sont peut-être pas trop représentatives mais est-ce que vous avez quand même pu trouver un intérêt à l'utilisation du EAT-10, pour d'autres cas potentiels par exemple ?

Participant 1 : Je pense que ça peut... ça peut effectivement. Euh... dans d'autres cas, j'ai en tête plusieurs cas que j'ai eus avant. Sur ces deux dames, effectivement, non hein. Juste un outil supplémentaire, une échelle supplémentaire... Mais qui m'a permis, déjà, d'écarter les troubles de la déglutition et c'est pas non plus anodin... d'écarter ce risque-là. Mais du coup, j'ai pas eu besoin d'orienter particulièrement, mais ça aurait pu. Après moi, pour rien vous cacher, je pense pas à l'orthophoniste, dans un premier temps quand il y a un trouble de la déglutition. Je sais pas pourquoi hein... heu j'y pense pas directement... Et c'est un tort. Mais je pense directement à l'ORL, je cherche une origine mécanique ou médicale en tout cas, et je me dis que le rôle du médecin c'est déjà de l'écarter et après d'orienter vers l'orthophoniste. Après, moi en tant qu'infirmière je suis pas ... je peux pas prescrire, ni des séances d'orthophonie, ni des ... Voilà je suis pas habilitée pour tout ça. C'est pour ça que moi, ma première orientation c'est vers un ORL. C'est vrai que j'ai déjà fait des préconisations d'orientation ORL via le médecin traitant. Je fais un courrier et je dis "voilà ce que j'ai trouvé", "il me semble que...", "peut-être qu'il y a des troubles"... euh... "je préconise une orientation avec ORL si vous le jugez nécessaire". On reste très prudentes... en tant qu'infirmières...

Interrogateur : Oui, je comprends. Vous trouvez ça plus sécurisant de pouvoir s'en remettre à un médecin.

Participant 1 : Exactement oui... Oui, oui. Puis, nous on ne les connaît pas ces personnes, on ne les voit qu'une fois... Le médecin traitant, ben c'est leurs patients, ils les connaissent mieux, ils connaissent leurs accidents, leur mode de vie, tout ça... C'est quand même plus pertinent de passer par eux, hein.

Interrogateur : Tout à fait, je comprends ! Au fil de la discussion vous avez répondu à plusieurs de mes questions sans que je n'aie besoin de vous les poser (rires). Donc, ma dernière question s'attache aux raisons pour lesquelles vous n'envisageriez pas d'intégrer cet outil à vos passations ?

Participant 1 : Bon, déjà si je vois que... qu'il n'y a pas d'altération au niveau step 1, ou si c'est ciblé, par exemple des fois ça nous arrive d'en faire un (step 2) "cibler mémoire"... Euh, qu'est-ce que je ferais pas... ? En soi, le test, il n'est pas du tout gênant... Mais il faut voir s'il est pertinent ou pas... Et ça, c'est en fonction du sujet je pense, de la personne, en fait.

Interrogateur : Mais, du coup, est-ce qu'il vous semblerait intéressant de l'implémenter au programme et de l'avoir "sous la main", on va dire, en cas de besoin ? Ou, à l'inverse, pas du tout ... ?

Participant 1 : Ouais ? Ben... Non, non, il pourrait ! Et ça serait un élément supplémentaire et du coup, dans le courrier médical, on pourrait dire qu'il y a cette grille et qu'effectivement ça évoque un risque. Ça peut être un outil... Un argument supplémentaire !

Interrogateur : Ok, super ... Après, est-ce que vous auriez d'autres remarques à me partager ? Des choses à me dire qu'on n'aurait pas évoqué ?

Participant 1 : Mhh, non... pas particulièrement...

Interrogateur : Ok, très bien, eh bien... Je vous remercie, je vais couper l'enregistrement !

ANNEXE E – Retranscription 2

Participant 2 : Infirmière salariée

Interrogateur : Je lance l'enregistrement, c'est parti ! Alors, vous avez testé le EAT-10, combien de passations avez-vous pu faire avec cet outil ?

Participant 2 : Alors, du coup, j'en n'ai fait qu'une, moi...

Interrogateur : C'est parfait ! Est-ce que vous pouvez me parler du profil du sujet avec qui vous l'avez testé ?

Participant 2 : Alors, euh... Son âge ? ... C'était une dame de 73 ans donc qui est venue... que j'ai validée dans le cadre d'un step 2 du programme ICOPE. Voilà... et qui avait... au step 1... des anomalies au niveau de la nutrition avec perte d'appétit et ... je sais plus si en mobilité il y avait... euh... je peux le vérifier peut-être... ah ben si, ce matin au step 2 (durant la passation), il y avait donc... au step 2, il y avait oui (une anomalie de mobilité).

Interrogateur : Et, il y avait des pathologies connues ?

Participant 2 : Euh... Alors, elle est arrivée je la connaissais pas et ça a été compliqué de faire le recueil de données euh... et du coup en antécédents euh... oui, il y avait un syndrome anxio-dépressif, alors... qui pourrait avoir un lien, en tout cas, avec la nutrition. Euh... voilà, après c'était un peu décousu et confus, j'avoue ! (Rires). L'entretien ça a pas été facile, euh voilà, je pense qu'il y a aussi une pathologie psychiatrique, peut-être sous-jacente... en tout cas de dépression sûre, mais voire plus... Donc voilà, c'était un peu... Enfin voilà j'ai des éléments quand même ! mais... (rires).

Interrogateur : C'est super si vous avez quand même des éléments à m'apporter... ! (Rires) et notamment sur la manipulation de l'outil...

Participant 2 : D'accord ! (Rires).

Interrogateur : Justement, je me demandais ce que vous aviez pensé du format auto-questionnaire ?

Participant 2 : Alors, je ne lui ai pas fait faire, c'est moi qui ai posé les questions. J'ai pas fait faire parce que franchement dans cadre de l'entretien avec elle... Spécifiquement, je veux dire... Avec elle, j'ai dû l'encadrer sans arrêt, pendant, moi, mon évaluation... Et j'avoue que je lui ai pas fait faire en mode auto-évaluation.

Interrogateur : C'est intéressant aussi, c'est une solution effectivement ! Et, d'ailleurs comment vous qualifieriez cette manipulation ? (Silence) Là, sur cette passation, avec cet outil ?

Participant 2 : Je l'ai fait après le MNA.

Interrogateur : Ok.

Participant 2 : Euh, voilà... bon à savoir que c'est compliqué, parce qu'elle n'a pas arrêté de me parler vraiment, et elle me faisait des gestes comme ça (passe la main devant la gorge et mime des signes de douleur) ... de "mal à la gorge", voilà... Mais alors ça a été compliqué de savoir si c'était en ce moment... Parce qu'après elle me parlait d'allergies... Euh... voilà parce qu'après je lui ai posé des questions par rapport à la EAT-10. C'est vrai que j'ai dû reformuler... re... recadrer... dire "oui mais est-ce que c'est là, aujourd'hui ? ou est-ce que c'est d'habitude ?". Vous voyez ? Mais... c'est spécifique à la pa... à cette patiente-là quoi. Mais bon, après ça se fait du coup, hein. Mais effectivement, ça oblige quand même à... Et c'est vrai que là dans le mode auto-passation, ça aurait été faussé, dans ce cadre-là peut-être.

Interrogateur : Oui, clairement. Et, du coup ça a été coûteux pour vous finalement ?

Participant 2 : Oui, bon après c'est ... c'est pas grave, j'ai l'habitude c'est mon travail mais euh... Mais oui... ce qui me fait dire en tout cas, ce qui me laisse penser que le mode auto-passation c'est peut-être pas... pas... pas... pas... juste quoi.

Interrogateur : Ok... ok, je vois ! Et à part ça, est-ce qu'il y a d'autres difficultés que vous avez rencontrées pendant cette passation ?

Participant 2 : Euh... non (silence)... euh... alors c'est vrai que le coup "d'avalier les comprimés", ça, je l'avais demandé avant. Ça, c'est vrai que c'est une question qu'on pose, nous, assez fréquemment... Quand on parle de l'observance et tout ça, du traitement. Donc euh... non après c'est des questions c'est vrai que ... c'est compliqué de répondre... A mon avis, ... "mon problème de déglutition m'a fait perdre du poids" la première question, je pense que ça, c'est peut-être pas facile ... A évaluer, pour les gens eux-mêmes je veux dire. Mais après, elle est faite comme ça, c'est pas vous qui l'avez faite (rires). Enfin, voilà, c'est l'échelle qui est comme ça. Peut-être expliqué, peut-être plus... euh, c'était quoi ? "avalier des liquides me demande un effort supplémentaire"... euh, j'ai demandé à ce moment-là si ça lui faisait mal. Après, il y a la question qui vient carrément "avalier est-il douloureux ?", à la question 6, alors là, moi j'ai demandé "est-ce que vous avez mal quand vous avalez ? est-ce qu'il y a une gêne ?"... En fait, à ce moment-là. Bon après, voilà, après c'est pas grave du coup, j'avais ma

réponse pour après direct... Mais euh.... Voilà... Non après, ça pose pas de... Elle est facile à analyser, je veux dire, c'est pas... Enfin, ça va !

Interrogateur : D'accord, et en termes de temps ? l'inclusion de l'outil à votre passation, qu'est-ce que ça a donné ? Vous avez remarqué des modifications ?

Participant 2 : Alors, sur celui-là non (rires), parce que... quoi qu'il arrive... il a été très long ! J'ai dépassé le temps habituel... Euh, non, elle ne prend pas beaucoup de temps. Oui, ça l'a rallongé de 2-3 minutes peut-être ? Mais... ça fait une échelle en plus ! Mais c'est pas non plus, voilà... Elle est pas très longue, quoi.

Interrogateur : Hum... oui, d'accord.

Participant 2 : Surtout qu'elle ne serait pas en systématique.

Interrogateur : Dans l'idée... ce serait le principe, oui !

Participant 2 : Moi, dans ma pratique, en tout cas, je le pense comme ça effectivement... Un outil en plus, si on a un doute. Voilà. Tout à fait.

Interrogateur : C'est ça !

Participant 2 : Il n'y a pas de réel intérêt à le faire en systématique, ça c'est sûr.

Interrogateur : Complètement ! ... Vous pensez d'ailleurs qu'il y aurait un moyen de gagner encore plus de temps en utilisant cet outil ?

Participant 2 : Alors, après c'est toujours pareil... est-ce qu'on peut avoir un doute après le step 1 ?... (Réfléchit). Je ne suis pas certaine... euh, parce que sinon j'aurais proposé de la faire remplir en auto-évaluation... du coup... je sais pas, moi... avant de venir au rendez-vous step 2, par exemple. Vous voyez ? Mais... euh, j'en sais rien moi... Nous on fonctionne comme ça en tout cas, on envoie des convocations pour les rendez-vous... La (l'échelle EAT-10) joindre à ce moment-là, en demandant de... qu'ils arrivent avec ça rempli, en expliquant... Mais il faudrait quand même voir l'intérêt après le step 1... et ça je suis pas certaine. C'est difficile, je sais pas. A voir à l'usage, je sais pas, par rapport à d'autres... Un step 1, gestion d'alerte mobilité... Si c'est que mobilité, on va jamais arriver à parler des troubles de déglutition... Ça, j'en suis à peu près sûre. Et après si c'est la nutrition, en gestion d'alerte... perte d'appétit et perte de poids... Pourquoi pas ? si les patients eux-mêmes nous disent que... d'emblée qu'ils ont en ce moment des difficultés à déglutir... ou j'en sais rien. Là, effectivement, paf, on peut y aller. C'est sûr, il y a pas de doute, mais sinon... je sais pas.

Interrogateur : Ok, c'est très intéressant.

Participant 2 : Au step 2, je vois plus de matière et d'éléments qui pourraient nous... Voilà... nous... nous laisser penser qu'il y a des troubles de la déglutition, en tout cas, ou un risque. Donc, le moyen de gagner du temps c'est de la faire en auto-évaluation, avant. Mais du coup, ça va être compliqué parce que... est-ce que ça va être adapté ou pas... ? Ça, c'est moins sûr.

Interrogateur : C'est fréquent d'envoyer des documents à remplir de ce type, en amont de la consultation ?

Participant 2 : Euh... non, en général, on le fait pas. Mais quand on doit tester des nouvelles grilles, ou pour la recherche, ... pour ... ça peut arriver, d'envoyer le questionnaire avec la convocation. En expliquant qu'il faut qu'ils la remplissent avant de venir. Alors, il y en a qui le font et d'autres qui ne le font pas, ça, c'est toujours pareil (rires). Mais en tout cas, c'est réalisable.

Interrogateur : D'accord, c'est vrai que je n'avais pas cette option en tête, mais c'est hyper pertinent !

Participant 2 : Encore faut-il trouver l'intérêt...

Interrogateur : Et l'alerte appropriée...

Participant 2 : C'est la nutrition. Parce qu'en mobilité je reste persuadée, qu'en gestion d'alerte mobilité, c'est hyper rare qu'on arrive à parler de troubles de déglutition à ce moment-là... enfin je... même, enfin ça m'est jamais arrivé je crois en fait.... Ou alors, il faudrait savoir qu'il y a un antécédent ... je dis n'im... comme ça, qui me vient, de maladie de Parkinson, par exemple ou euh... vous voyez ?

Interrogateur : Et ça vous paraîtrait aberrant de pouvoir le proposer en amont, s'il y avait des alertes en nutrition et en mobilité justement ? (Silence) Si les deux alertes sont ...

Participant 2 : Sont avérées ?

Interrogateur : Oui ?

Participant 2 : Mh... (Réfléchit). Je sais pas (silence). Je sais pas parce que... pour moi, enfin euh, parce que la gestion d'alerte ça reste quand même euh... c'est le fait de savoir si l'alerte est vraie ou pas. Si elle est prise en charge ou pas. Normalement on n'est pas trop censés gratter en gestion d'alerte. Vous voyez ? Et, justement, si on a un doute, propose un step 2. Et c'est à ce moment-là qu'on va approfondir, effectivement l'évaluation... Donc, du coup c'est

pour ça que ça me... je suis pas certaine qu'à l'issue d'un step 1 on ait assez d'infos pour proposer ça.

Interrogateur : ça ne serait pas suffisamment argumenté... enfin, justifié, pour vous, à ce moment-là.

Participant 2 : C'est ça, ou alors ce serait vraiment du cas par cas, parce que la personne nous en a dit plus et qu'on sait mais euh... Voilà. Sur un mode général, je ne suis pas certaine (silence). En partant du step 1. En partant du step 2, oui ! Parce que là, c'est sûr qu'on fait un recueil d'éléments beaucoup plus approfondi avec les antécédents, avec euh... les traitements et tout ça. Alors, qu'au step 1, on est vraiment sur du dépistage euh....

Interrogateur : Oui, c'est très vaste.

Participant 2 : Oui, c'est trop large.

Interrogateur : Ok, l'idée m'a quand même interpellée, donc merci ! Je me demandais aussi, s'il y avait des ressources qui auraient pu vous manquer pour manipuler l'outil pendant la passation ?

Participant 2 : Euh... Ben, non pas vraiment, parce qu'après c'est ... Non, parce que c'est de l'auto-évaluation, bon, là, c'est moi qui ai posé les questions mais... Du coup pas vraiment et en plus à la fin, ils expliquent quand même... il y a le cut-off et euh... c'est écrit qu'ils recommandent d'en discuter avec le médecin, bon s'il y a un risque, voilà. C'est important de savoir le cut-off... autant savoir à partir de quand il y a le risque ou pas... donc, non ça m'a pas dérangée. Il n'y a rien qui m'a dérangée.

Interrogateur : Et, du coup, est-ce que vous estimez qu'il y a des prérequis à avoir, en tant que professionnelle, avant d'utiliser cet outil ?

Participant 2 : Ouais, ouais, je comprends, bah ça rejoint peut-être ce que je vous disais avant... c'est que, il faut quand même que... par rapport au jugement clinique, parce que là clairement, je l'ai fait parce qu'elle me faisait le signe de mal à la gorge, et qu'elle me disait qu'elle avait mal à la gorge, elle avait des propos confus et j'ai voulu m'assurer que... en plus il y avait une perte d'appétit, perte de poids... mais... après euh... ?

Interrogateur : En tout cas, en tant que professionnelle, en tant qu'infirmière, il ne vous a pas manqué de connaissances particulières pour approfondir l'investigation ?

Participant 2 : Non, après, nous, on sait ce que c'est une fausse-route donc euh... On sait très bien que ça peut être soit aux liquides, soit aux solides... C'est vrai que... Comme je vous

disais, par rapport au traitement, c'est une question que nous on pose facilement... S'ils ont des difficultés à avaler des traitements, par rapport à l'observance... Voilà, donc non je pense qu'en tant qu'infirmière, pas vraiment, après, s'il y a effectivement, d'autres professionnels de santé qui doivent l'utiliser... euh, à voir, je sais pas. Peut-être qu'il leur faut... euh je sais pas ? Après, c'est une échelle qui est assez simple quand même.

Interrogateur : Vous avez plus ou moins répondu à ma question suivante qui s'intéressait à l'interprétation des résultats... donc, si j'ai bien compris vous avez trouvé ça assez simple ?

Participant 2 : Oui, déjà, parce qu'il y avait effectivement le cut-off écrit, sinon, je n'aurais pas su et bon après, par les réponses qu'elle m'a données, du coup je pense qu'il y pas... enfin... Pour moi, il n'y a pas de risque de troubles de la déglutition. Pour moi, cette dame, elle a 2/40, donc vraiment aucun risque de trouble de la déglutition.

Interrogateur : Donc, je comprends que vous n'avez pas proposé d'orientation pour ces troubles alors.

Participant 2 : Non (rires). Non, pas du tout.

Interrogateur : Alors, après cette expérimentation, qu'est-ce que vous avez pensez de l'utilité du EAT-10, de manière globale ?... Si vous deviez l'utiliser avec un autre profil de sujet, dans d'autres circonstances par exemple ?

Participant 2 : Oui, pourquoi pas ! Déjà je ne savais pas que ça existait ce genre d'outils, donc par méconnaissance je n'utilisais pas. Nous, on fait donc le MNA, plus le jugement clinique avec les éléments recueillis pendant le step 2 et on se base par rapport à toute l'évaluation. Et là, c'est vrai qu'on se base sur ça pour dire du patient... et parfois aussi sur le regard des accompagnants qui sont parfois présents pendant l'évaluation, l'aidant ou... comme ça... qui peut dire aussi comment se passe un repas ou j'en sais rien... pour dire qu'il y a des troubles de la déglutition. S'il y a un risque en tout cas. Par exemple, donc je me... et sachant, ce qu'est un trouble de la déglutition ... on n'a pas trop de mal dans un step 2 à ... voilà, évaluer s'il y a un risque ou pas. Avec tous ces éléments-là, sans avoir besoin ou recours à une échelle spécifique... Mais bon, sachant qu'elle existe... Pourquoi pas, pour appuyer jugement clinique, pourquoi pas l'utiliser. Quand on en a besoin, quoi... Quand c'est approprié.

Interrogateur : Si je comprends bien, vous êtes en train de dire que cela pourrait vous aider à objectiver votre sens clinique ?

Participant 2 : Voilà, c'est ça. Tout à fait. Parce qu'en plus, voilà, elle est courte et qu'en plus elle n'est pas embêtante à faire, elle est assez simple donc euh... Pourquoi pas.

Interrogateur : Ok. Donc là vous venez de répondre à ma question suivante, mais vous avez peut-être d'autres précisions à m'apporter sur les raisons pour lesquelles vous envisageriez de l'intégrer à votre pratique. Vous avez évoqué sa simplicité mais est-ce qu'il y a d'autres choses ?

Participant 2 : Ben, pour objectiver, effectivement, comme on disait avant. Et parce qu'elle est courte et simple d'utilisation, euh voilà.

Interrogateur : Et à l'inverse, pour quelles raisons ne l'intégreriez-vous pas ?

Participant 2 : Ben, par méconnaissance, déjà. Parce que moi, je ne savais pas du tout que ça existait. Après, il y en a tellement pour tout des échelles qu'effectivement, on les connaît pas toutes, ça c'est sûr (rires). Après peut-être si ça doit être en mode auto-évaluation ... peut-être que quand la personne a des troubles cognitifs, ça peut être un peu compliqué, enfin... Ouais, ça peut ne pas être approprié... **Interrogateur** : Au final, vous avez quand même pu trouver des solutions malgré les soucis cognitifs...

Participant 2 : Ben, oui, voilà... Si ça pose pas de souci de la faire... pas en mode « auto » mais en mode « pro » ...

Interrogateur : Vous vous l'êtes appropriée, je trouve ça intéressant justement. Ok ... Ben, écoutez, de mon côté, je n'ai plus trop de questions à vous poser... Mais, est-ce que vous, peut-être vous aimeriez me partager d'autres choses ? ... Sur lesquelles je ne vous aurais pas posé de question ? ...

Participant 2 : Ben... Non non, je crois qu'on a tout abordé... C'est vrai que j'en ai fait qu'une et que les conditions n'étaient pas euh... (rires). Elles étaient spéciales on va dire, pour tester cet outil, voilà ! Mais bon, je l'ai fait, après... écoutez, pourquoi pas mais je pense, enfin il faut pas que ça soit du systématique, il n'y a pas d'intérêt.

Interrogateur : Non, clairement !

Participant 2 : Et... après pourquoi pas ! C'est une autre euh... (rire) comme je dis c'est "une autre corde à notre arc".

Interrogateur : Ce serait le but, complètement ! Il faudrait le penser comme un outil à avoir à disposition en cas de nécessité... en fait. Et... je vous rejoins, en systématique ça n'aurait certainement pas le même intérêt, évidemment ! Ecoutez, en tout cas, je vous remercie beaucoup du temps que vous m'avez consacré. Merci de m'avoir aidée.

ANNEXE F – Retranscription 3

Participant 3 : Infirmière libérale

Interrogateur : Alors, on y va, j'ai lancé l'enregistrement. Pouvez-vous me dire combien de passations vous avez effectué avec le EAT-10 ?

Participant 3 : Avec le EAT-10 ? Récemment... euh pas beaucoup, j'en ai fait 3 je crois.

Interrogateur : Ah, super ! Et, est-ce que vous pouvez me parler un peu du profil des personnes à qui vous l'avez proposé ?

Participant 3 : C'est plutôt âgé, euh... Avec euh, des polyopathologies... Parce que nous, la patientèle qu'on a c'est majoritairement des polyopathologies. Euh... qu'est-ce que je peux vous dire d'autre ?

Interrogateur : Quand vous parlez de polyopathologies, c'est ...

Participant 3 : Oh, oui, ben c'est "neuro", c'est... il y a beaucoup de troubles cognitifs, "neuro", puisqu'il y a des "Parkinson".

Interrogateur : Ok... d'accord, donc il y a des pathologies "neuro". Très bien. Est-ce que vous avez le score exact de ces 3 patients au EAT-10 ?

Participant 3 : Alors attendez, je retrouve les tests du coup... puisque je les ai classés. Après, il n'y avait pas de problématique particulière.

Interrogateur : Ok, donc aucun n'était à risque ?

Participant 3 : Non, puis je n'avais pas de risque surajouté... ouais, sur les risques de la déglutition. Notamment quand je faisais des alertes "nutrition"... mobilité, c'était moyen. Mais ouais... non, moi j'avais pas de problème en fait au niveau de la nutrition, en fait.

Interrogateur : Mais du coup, pour être sûre de bien comprendre, sur le EAT-10, il n'y en avait aucun qui présentait un score supérieur ou égal à 3 ?

Participant 3 : C'est ça.

Interrogateur : Ok, bon, c'est pas grave pour le score exact du coup, ne vous inquiétez pas.

Participant 3 : Oui, c'était vraiment euh... il n'y avait pas de blocage, c'était pas ... (silence). Ouais, ça ne peut peut-être pas vous aider, du coup.

Interrogateur : C'est pas grave, ce qui m'intéresse aussi c'est de savoir comment vous l'avez utilisé !

Participant 3 : Oui, ben en fait, au lieu d'utiliser le MNA... bon du coup, j'ai utilisé celui-là avec les 3 personnes...

Interrogateur : Ah d'accord ! En fait, vous l'avez utilisé en substitution du MNA, finalement.

Participant 3 : Ouais ? (Silence) Ouais... Oui, parce que du coup il y a pas mal d'items qui se ressemblent aussi... Même si le poids... Euh, voilà, les problèmes euh... le plaisir de manger.

Interrogateur : Alors ok, c'est intéressant. Et en changeant d'outil justement, vous avez pu remarquer une modification sur le temps de passation avec le EAT-10 ?

Participant 3 : Euh non, moi ça me permet... Nous dans les consultations on a le temps ! Dès qu'on constate une problématique alimentaire ou un problème de déglutition, on va directement sur les échelles qu'on a à notre disposition, hein. Au contraire, du coup c'est un truc de plus. Mais c'est vrai que chez les personnes qui ont un trouble de la déglutition, ça permet d'avoir cette échelle-là. Moi, je ne l'avais pas... Je disais au médecin "est-ce que tu crois qu'on peut faire un bilan ?". J'ai déjà fait faire déjà deux bilans par les orthophonistes... Bien avant que vous soyez là. Et, elles font un super boulot ! Quand j'ai un problème de déglutition, moi j'oriente. C'est souvent ce qu'il se passe... C'est-à-dire qu'elle fait un bilan... L'orthophoniste. Un bilan complet. Et franchement à chaque fois qu'on a des retours... J'ai eu deux retours comme ça, de bilans de déglutition, chez les orthophonistes. Chez celle de notre maison de santé... euh, franchement, c'est hyper bien fait, quoi. Elle prend le temps, elle reste... elle arrive au moment du repas. Elle explore vraiment. C'est une exploration complète quoi.

Interrogateur : D'accord ! Donc vous avez déjà eu recours à des orientations orthophoniques pour cette problématique !

Participant 3 : Ah oui oui ! On a une orthophoniste chez nous... Moi, j'y pense en tout cas, dès qu'il y a des prérogatives, des problématiques de dégl... enfin au moins au niveau de l'alimentation... Déjà, on pense au MNA, on pense à la dénutrition... Et, on pense aussi, parfois, si on a tout essayé ... d'adapter la texture, tout ça... Enfin, ouais, c'est le deuxième qu'on demande, qu'on a demandé. Et les retours... Enfin moi j'ai été super étonnée, super ravie de voir tout ce qui était décrit. Non, c'est chouette.

Interrogateur : C'est vrai, effectivement, les orthophonistes ont de réelles compétences dans les dysphagies oro-pharyngées.

Participant 3 : Nous on y pense mais ce qui nous manque c'est la ressource... Nous on en a une, et là ça s'est avéré qu'elle était disponible à ce moment-là... Mais sinon, on n'a pas de ressource "orthophoniste". C'est quand même récurrent, c'est qu'il y a certaines zones géographiques où il y a pas d'orthophonistes, quoi. Donc, ça pour nous, c'est un problème, ouais.

Interrogateur : Oui, je sais bien ...

Participant 3 : Parce qu'il y a pas que ça... Nous, la population, elle est de plus en plus vieillissante et en fait on a besoin de l'orthophoniste, finalement pour chaque item... Pour les troubles cognitifs, ben on demande des stimulations. Un bilan et les stimulations, elles peuvent pas répondre à la demande, du coup... voilà, ouais il y a une grosse pénurie qui nous ... Et souvent, elles s'occupent des enfants, elles s'occupent pas des personnes âgées.

Interrogateur : Oh... alors après ça dépend... il y a des orthophonistes qui ne reçoivent qu'une patientèle adulte, par exemple... Il y a parfois une multitude de facteurs qui influencent les décisions éthiques des professionnels...

Participant 3 : Oui, oui, bien-sûr. Après, il y a aussi les kinés avec qui on travaille, qui ont un regard attentif, on n'est pas que les infirmiers.

Interrogateur : Oui, clairement, on est complémentaires au niveau de la déglutition. Et, du coup, si vous deviez qualifier la manipulation de l'outil en lui-même... Qu'est-ce que vous pourriez en dire ?

Participant 3 : Euh, bon après ça me fait une échelle de plus. C'est pas grave, après quoi qu'il en soit cet outil d'évaluation de la déglutition, je le connaissais pas, donc euh... ça me permet effectivement de faire quelque chose de plus approfondi. Déjà, une base sur le professionnel qui va passer derrière. Le médecin alors il entérinera la demande en "ortho" mais "l'ortho" en même temps, elle a l'accès directement, donc j'ai même pas eu besoin que le médecin s'emmêle finalement. C'est plus rapide, hein. En consultation, nous dès qu'on voit une problématique, ou qu'elle a été identifiée par les infirmiers, tout ça, ou par quelqu'un d'autre... A la limite on peut sortir l'artillerie avec l'EAT-10 et puis le... On a au moins une base d'orientation pour l'orthophoniste. C'est au moins, le minimum qu'on puisse faire, quoi. Après, bon, je l'avais pas, on envoyait directement... (en disant à l'orthophoniste) "voilà, il se passe ça et ça, est-ce que tu peux lui faire un bilan ? " ... Non mais ça reste un outil que je vais utiliser, moi.

Interrogateur : Ok, super !

Participant 3 : Oh, ben oui, je vais le mettre dans ma besace.

Interrogateur : J'en profite pour rebondir sur une autre de mes questions, vous pouvez me donner les raisons précises pour lesquelles vous envisagez de l'utiliser ?

Participant 3 : Ben, dès que je vois sur l'IMC, sur la perte de poids déjà. Si, euh... je sais pas moi, si l'infirmière me parle... ou la famille, me parle de problèmes dans le cas de la déglutition, ben là je vais approfondir. A chaque fois qu'il y aura un symptôme, j'ai envie de dire... Du style dans la difficulté de déglutition, ben moi je vais l'utiliser.

Interrogateur : Et à l'inverse, pour quelles raisons vous ne l'utiliseriez pas ?

Participant 3 : Ben parce que la personne peut pas me parler ou qu'il y a pas... enfin à moment donné, il faut quand même qu'il y ait un retour aussi... Il faut qu'il puisse y avoir une alliance, une compliance avec la personne aussi. C'est pas évident, quand on dit... il y a certaines questions "avaler des aliments solides me demande un effort supplémentaire"... Enfin, il y a des questions qui sont moins évidentes, à répondre facilement quoi. En fait je pense que c'est vraiment du cas par cas, quoi.

Interrogateur : Complètement... Et d'ailleurs qu'est-ce que vous avez pensé du format auto-questionnaire ?

Participant 3 : Alors ça j'ai pas vu par contre ...

Interrogateur : Ok, c'est-à-dire ? Comment vous l'avez fait passer, vous ?

Participant 3 : Moi... je l'ai fait comme ça, direct... Je posais les questions. C'est moi qui posais les questions, j'ai pas...

Interrogateur : Ok très bien, je comprends ! Et... vous avez rencontré des difficultés pendant la passation ?

Participant 3 : Euh, non pas de difficultés particulières.

Interrogateur : Et, vous pensez qu'il y a des prérequis à avoir en tant que professionnel pour manipuler cet outil ?

Participant 3 : (silence, réfléchit)

Interrogateur : Est-ce qu'il vous a manqué des choses par exemple ? Des ressources, des connaissances pour l'utiliser... ou pas ?

Participant 3 : Non... non... je pense que ça peut être utilisé par... même les diététiciens, par euh... même les auxiliaires de vie, pourquoi pas ? après tout... Ça peut être une porte d'entrée justement ... et à donner après au médecin ou à... ou quand il y a l'accès direct vers

l'orthophoniste, hein. Pourquoi pas... Bon, moi, je vais l'utiliser effectivement, parce que c'est vrai que ça va me permettre d'avoir une échelle de qualité, de plus. Mais après, je pense que... oui ça peut être utilisé par la famille, oui...

Interrogateur : Ok, et l'interprétation des résultats vous en avez pensé quoi ?

Participant 3 : Euh, ben écoutez, à partir du moment où tout est bien indiqué... donc euh... Oui, tout est bien indiqué, comme dans toutes les échelles à partir du moment ... Après, le problème c'est... je pense effectivement... dès que le score est perturbé... l'interprétation, elle est directe, quoi. On sait qu'il faut l'orienter. Que ce soit, via un autre professionnel... on s'aperçoit rapidement, voilà, qu'il faut... euh... qu'il faut orienter les choses.

Interrogateur : Oui, ... donc, euh... vous avez répondu à d'autres de mes questions au travers de celles que je vous ai posées... Et... Si je comprends bien, vous trouvez une utilité à cet outil.

Participant 3 : Oui, c'est ça.

Interrogateur : Eh bien, je crois qu'on a fait le tour... Est-ce qu'il y a des choses que vous aimeriez ajouter ? Des choses... dont on aurait pas parlé... que je n'aurais pas évoqué ? Des remarques ?

Participant 3 : Euh non, non. Après ce qui était intéressant effectivement, c'était le lien avec les professionnels !

Interrogateur : Je suis d'accord ! Je vais couper l'enregistrement, alors. En tout cas, je vous remercie sincèrement de votre participation... du temps que vous m'avez consacré...

ANNEXE G – Retranscription 4

Participant 4 : *Infirmière salariée, actuellement étudiante en pratique avancée (EIPA)*

Interrogateur : Je lance l'enregistrement... euh... alors vous, dans votre cas, vous n'avez pas pu faire passer le EAT-10, mais... vous avez pu un peu l'explorer, et je me demandais avec quel type de patient vous vous imaginez l'utiliser ?

Participant 4 : Alors... moi je n'ai pas d'expérience avec des patients fragiles qui ont des problèmes de déglutition... Mais par contre sur les consultations gériatriques, oui ! C'est un problème récurrent. Donc, oui, plutôt sur les consultations gériatriques et dans le cadre de mon poste on fait aussi les consultations de préadmission dans l'EHPAD où je travaille et on fait tout un bilan nutritionnel avisé de la diététicienne qui prépare du coup l'arrivée du patient et qui adapte le menu et je fais tout un questionnaire ... euh, tout une enquête alimentaire et... ça pourrait tout à fait correspondre.

Interrogateur : Ok ! D'accord, et un peu moins dans le cadre d'ICOPE si je comprends bien, d'après vous ?

Participant 4 : Là... euh, j'avoue que oui. Les gens fragiles, c'est principalement de la prévention, j'ai jamais eu le cas de quelqu'un qui avait des problèmes de déglutition sans grosse pathologie chronique associée qui lui faisait perdre de l'autonomie. La déglutition, c'est souvent dans les maladies neurologiques ou les maladies respiratoires, les cancers ORL euh...

Interrogateur : Ok... Et vu que dans mon cas, l'idée c'est de l'implémenter à ICOPE... Mais je suis quand même curieuse de faire un parallèle avec votre autre activité professionnelle, car cela pourrait ouvrir la réflexion vers d'autres perspectives. Du coup, que pensez-vous du format auto-questionnaire ?

Participant 4 : Des auto-questionnaires... euh, sur d'autres thèmes, j'en passe. Zarit, sur les aidants, tout ça. Et euh, on va dire... 6 fois 10, ils ont besoin d'être accompagnés. Mais ça me dérange pas. C'est-à-dire qu'ils ont besoin de comprendre comment marche le test. Donc les 3 premières questions on les accompagne et après ils font le reste des auto-questionnaires, seuls. Comme euh... l'EPWORTH, pour l'apnée du sommeil. Oui, on les accompagne souvent.

Interrogateur : D'accord, et comment vous vous imaginez les accompagner là, avec le EAT-10 ?

Participant 4 : Ben leur expliquer que voilà, entre le 0 et le 4, le 0 c'est "pas de problème" et le 4 c'est "problème très important" et... au moins essayer de les aider pour ça au début. Oui et après... euh... ben après, il est plutôt simple, il est plutôt clair, hein.

Interrogateur : D'accord, et je rebondis sur ce que vous dites. Vous me dites qu'il est plutôt simple, vous pourriez le qualifier d'une autre manière ... ? Au niveau de la manipulation ... ? D'autres choses à me dire là-dessus ?

Participant 4 : Ben... qu'est-ce que je pourrais vous dire d'autre dessus ... ? Après je suis quand même en train de penser que... à part quelques questions mais c'est vrai qu'on peut même l'adapter à ces gens qui sont pas en capacité de le remplir eux-mêmes.... Qui ont des troubles cognitifs avancés ou qui ont quand même des troubles de la déglutition sur des maladies neurodégénératives avancées. On peut voilà... avec la famille... à part sur la douleur et sur le stress... (silence). Et cet outil c'est vous l'avez développé pour le mémoire ou il existait déjà ?

Interrogateur : Alors, non non, il était déjà existant, je ne fais qu'un pont entre l'outil, qui a été choisi selon la littérature et le programme ICOPE ! (Rires)

Participant 4 : D'accord, c'est vrai que je ne le connaissais pas... parce qu'en gériatrie, on est les rois des échelles (rires). On en fait à tout-va dans les différents domaines et celui-là je le connaissais pas.

Interrogateur : C'est vrai que... c'est ce que je constate, vous n'êtes pas la seule à me le faire remarquer ! (Rires). Et quelles difficultés vous penseriez rencontrer avec cet outil ?

Participant 4 : C'est vrai que c'est dur... sans l'avoir utilisé...

Interrogateur : Clairement, je comprends... Et en repensant à d'anciennes consultations ? ...

Participant 4 : Oui, en plus là, je suis en stage. Et ce matin on a été faire une visite à domicile chez un monsieur ... Bon le pauvre, BPCO, insuffisance respiratoire, qui fait (poids très faible) kg, qui fait des pneumo-inhalation parce qu'il a des dysphagies et qu'il adore les X (aliment propice aux fausses-routes) et qu'il mange des X tous les jours... Ce qui est voilà... magnifique ! Et qu'il veut manger des X tous les jours... Il est en fin de vie donc ... Beh, voilà, quoi. Là où j'ai toujours de la difficulté c'est "super, bon ben après qu'est-ce que j'en fais de mon résultat ?", quoi. Ok, j'ai 8, j'ai 16, j'ai 22... et qu'est-ce que j'en fait en fait ? C'est-à-dire, qu'est-ce que ça me donne d'avoir un score positif par exemple ?

Interrogateur : Ah... oui ! Bon, là euh... c'est sûr qu'il faut se référer au résultat pour voir s'il est nécessaire d'orienter vers un autre professionnel si le score est à 3 ou plus... Là, le EAT-

10, c'est surtout un indicateur de risque. C'est vrai qu'après, il faut continuer à investiguer précisément... Enfin, je veux dire à lui seul, il n'aide pas à la pose de diagnostic ou à laisser des recommandations à la fin ... Juste, il aide à orienter... On va dire ça, comme ça. Donc, si je comprends avec ce fonctionnement, vous n'imaginez pas en retirer des éléments ?

Participant 4 : Ben là, avec ce monsieur, il est en fin de vie, on ne peut rien y faire... le pauvre. On va pas aller lui faire... euh... je sais que sur (la région), il y a 1 an, 1 an et demi d'attente pour avoir des orthophonistes... Le monsieur, il lui reste 6 mois à vivre... Voilà, en plus on ne va pas l'embêter avec ça... Mais après c'est pas que le souci de cette échelle-là... C'est, euh... Toutes les échelles, il y en a plein ... Il faut savoir quoi faire avec en fait. Pas la faire, juste pour dire "je l'ai fait quoi".

Interrogateur : Complètement, il faut qu'il y ait un but, ça c'est sûr ! Mais effectivement avec des personnes fragiles on n'est pas dans les mêmes conditions... (silence) Euh... Et, en termes de temps, comment vous projetez l'utilisation de cet outil ?

Participant 4 : Alors, après moi j'ai la chance, enfin, je trouve, hein. A l'hôpital, hein, donc je suis service publique hospitalier et euh... je suis pas en libéral, donc j'ai le temps de faire mes consultations. J'exerce pas encore, mais avant que je fasse mes études, parce que je finis mes études d'IPA et euh... moi je prends bien 1 bonne heure et demi pour faire mes consultations, mes step 2. Et en fait je me mets un créneau de 2 h parce qu'après, pendant une demi-heure je fais mon courrier et ça m'est arrivé de déborder parce que l'heure et demi suffit pas et je fais mon courrier plus tard. Au moins il y a le temps de le faire pendant ma consultation et je prends le temps de ... Ouais, je prends le temps avec mes patients, en fait. Le temps ne me dérangera pas.

Interrogateur : Ah, ok, c'est super ! Et euh... J'ai une question à vous poser qui n'est peut-être pas très adaptée au contexte étant donné que vous n'avez pas pu le manipuler auprès de patients mais... Est-ce que vous imaginez une solution qui permettrait de faire gagner du temps en utilisant cet outil ? Dans le cadre d'ICOPE... ?

Participant 4 : Ah, bah ça... après on gagne plus de temps quand c'est pas un auto-questionnaire ! Mais j'aurais tendance à... après c'est euh... par exemple, le MNA je ne sais pas si vous l'utilisez, moi c'est vrai que je ne l'utilise pas en questionnaire en fait. Enfin, c'est-à-dire que je fais d'abord toute l'enquête alimentaire et je fais plutôt une discussion donc euh... "qu'est ce que vous mangez, machin, etc." Et euh... avant moi j'ai tout le questionnaire des antécédents. C'est vrai que... le step 2, il y a tout le "mode de vie", on connaît le patient "du bout du cheveu au bout de l'orteil". Et du coup je le remplis enfin voilà, je sais très bien s'il y a eu une perte de poids ou pas parce que je l'ai pesé. Les fruits, les légumes, la viande, les

produits laitiers, dans l'enquête alimentaire, je le sais. Euh, voilà, je pose juste les questions "est-ce que vous avez l'impression que votre alimentation est de bonne qualité ?" et puis "est-ce que vous vous sentez en meilleure santé ou en moins bonne santé que les gens de votre âge ?" C'est les deux seules questions que je pose et après c'est moi qui me l'auto-rempli, en fait. (Silence). En même temps que je discute, je leur pose pas les questions directement ... Ça fait trop de questionnaire en fait. C'est plutôt une discussion sur une enquête alimentaire. Et euh, donc ce questionnaire-là, si j'avais à l'utiliser... Maintenant que je sais qu'il existe... Voilà, je saurais que si j'ai quelqu'un avec des problèmes de déglutition... Mais voilà il (le patient) va forcément me parler, me dire qu'il a mal qu'il a pas mal enfin, une discussion... d'un examen clinique... et voilà je pense que je gagnerai du temps pas en auto-questionnaire, en fait. Et ça fait perdre du temps les auto-questionnaires... forcément. Parce que c'est plus long, parce que... il faut qu'ils (les patients) lisent et puis voilà...

Interrogateur : Oui, oui, oui, clairement. C'est une façon de se l'approprier, c'est sûr ! Et, vous vous imaginez qu'il y a des prérequis à avoir en tant que professionnels pour manipuler le EAT-10 ?

Participant 4 : Non, parce qu'il n'y a pas de notions médicales particulières... Il y a même pas de termes médicaux vu que c'est un auto-questionnaire... Ça peut ... Ça peut être fait par n'importe quel professionnel de santé et même d'auxiliaires de vie ou par un aidant naturel, hein. Je pense pas qu'il y ait de... (silence).

Interrogateur : Vous aimeriez avoir d'autres ressources en parallèle pour vous permettre de l'utiliser au mieux ?

Participant 4 : Euh... Pas l'utiliser, mais c'est vrai que... C'est qu'est-ce qu'on en fait... après de ça ? Et avoir des conseils sur l'alimentation, sur les problèmes de la déglutition. Parce que tout à l'heure avec notre patient qui mangeait ses X (aliment propice aux fausses-routes) et qui faisait des pneumopathies à répétition... Ben il découvrirait qu'on pouvait mixer le jambon, qu'on pouvait faire de la purée, qu'on pouvait lui donner tout un tas de conseils nutritionnels... Et c'est vrai que sa femme disait "ah mais c'est vrai j'ai pas pensé que je pouvais mixer". Donc, peut-être... ouais, des informations à destination du patient sur les problèmes de déglutition qu'il pourrait mettre en place à la maison.

Interrogateur : Ok, donc pour être sûre de bien comprendre, vous voudriez recevoir des conseils, vous, pour pouvoir les transmettre à vos patients ? ou... directement... avoir une plaquette, par exemple, qui pourrait être fournie au patient, si vous voyez qu'il est à risque par exemple ?

Participant 4 : Plutôt à destination des patients ! Les conseils, je pense que je les connais sur l'alimentation... mixé ou mouliné... plus à destination du patient ! Avec les risques que lui... il encourt, euh, ce que c'est qu'une fausse route... Parce que c'est rigolo, le patient il me disait "ouais, je fais que des sorties de route !", tout à l'heure (rires). On me l'avait jamais sortie celle-là !

Interrogateur : C'est original ! (Rires) Ok, ben, c'est vrai que c'est une super idée. Dès le moment où un risque est décelé, autant agir tout de suite... et...

Participant 4 : Oui, et puis si c'est dans le cadre de la fragilité et du step 2 euh... Vu qu'on explore tous les domaines, on leur dit plein de choses "il faut marcher, il faut manger, il faut travailler la mémoire, il faut aller voir le cardiologue, il faut... ". On leur dit plein plein de choses et c'est vrai que quand c'est écrit c'est toujours mieux ! On explore tellement tout qu'on a dit... beaucoup de choses, beaucoup de conseils !

Interrogateur : Oui, c'est une super idée ! Génial. Bon, du coup sur l'interprétation des résultats, je ne sais pas si vous auriez quelque chose à me dire ?

Participant 4 : Non, mais c'est vrai qu'après, même dans des ... Je le connaissais pas du tout celui-là et c'est vrai que le MNA, même s'il n'est plus recommandé, on l'utilise beaucoup parce qu'il parle à tout le monde, en fait... Donc euh... c'est du discours commun en gériatrie donc euh... Mais après j'imagine que quand on envoie vers un ORL, quand on voit des problèmes de déglutition... Ils doivent l'utiliser en ORL.

Interrogateur : Ben... C'est une bonne question ! Je pense que l'expertise clinique de ces professionnels... sur ce sujet... remplace l'utilité de cet auto-questionnaire... Je l'ai vu, utilisé par une orthophoniste en dépistage mais j'imagine qu'un patient qui se rend directement en consultation ORL...

Participant 4 : Parce que vous vous le faites en dépistage, quand il y a eu des explorations ou c'est avant l'exploration ?

Interrogateur : J'aurais tendance à dire que c'est plutôt avant l'exploration, quand il n'y a pas eu d'exploration vu que ça nous indique un risque... Mais après, peut-être que... tout dépend... selon comment chacun se l'approprié, peut-être ... (silence) et d'ailleurs, si vous aviez un patient qui présente un risque à l'issue d'un step 2, quelle orientation proposeriez-vous ?

Participant 4 : Donc, il est en step 2, il est fragile, il n'a pas de pathologie ?

Interrogateur : Euh oui fragile... et euh, si en tout cas il présente un score de 3 ou plus au EAT-10 ? Donc s'il y a un trouble de la déglutition qui est avéré... C'est vrai que ma question

n'est pas évidente sans avoir testé avec un sujet en particulier... Il peut y avoir tout un tas de facteurs qui interfèrent...

Participant 4 : Après c'est sûr, si cliniquement, j'ai rien du tout ... enfin voilà, que dans la clinique tout est strictement normal... S'il n'y a pas de corps étranger, de masse dans la gorge, il n'y a pas d'antécédent, enfin voilà... S'il fume, s'il fume pas, s'il a perdu du poids, si c'est récent... enfin... Il y a tout le questionnaire après à côté... Mais s'il y a une urgence, enfin, si je vois qu'il a perdu 15 kg, qu'il y a une masse visible, qu'il y a... voilà, tous les signes d'un cancer ORL... Je pense que j'appelle le médecin traitant et que ... il faut vite faire les examens complémentaires. Euh... si c'est pas urgent euh... le courrier au médecin traitant... après c'est vrai que ... moi, ce sera plus du dépistage et du suivi. Mais je pose pas de diagnostic et je renverrai vers le médecin traitant... Bon après, envoyer vers un ORL... ça dépend quel rapport j'ai avec le médecin traitant. Parce que mon but, c'est pas de passer au-dessus de lui... je pense que selon la situation, soit un courrier, soit un appel si la situation est vraiment urgente.

Interrogateur : Quand vous rédigez votre courrier, vous allez juste faire un compte-rendu en disant factuellement ce que vous avez repéré dans votre step 2, mais vous n'allez pas préconiser une orientation ?

Participant 4 : Si, mais ça dépend du contexte et ça dépend du médecin traitant, en fait. Ça dépend de si c'est le médecin traitant qui l'a envoyé ou si le patient vient parce qu'il a répondu à un auto-questionnaire step 1... Si bien sûr à la fin de mon courrier, je fais des préconisations si je pense qu'il serait bon de faire des examens complémentaires. Et, à la fin du courrier, je mets une phrase qui dit que ces recommandations sont à l'appréciation du médecin traitant et qu'il sera le juge des examens recommandés et je conseille à la fin de mon courrier de consulter le médecin dans les 10 à 15 jours qui suivent la consultation. Mais vraiment, ça dépend du contexte et du patient. Si le médecin traitant, il me l'envoie pour ça... oui, je lui dirai quoi faire, en fait.

Interrogateur : Oui, d'accord, je comprends très bien !

Participant 4 : Mais... oui... je pourrai me permettre de lui soumettre l'idée de faire un bilan ORL, au vu de tel examen clinique, ou d'aller voir un pneumologue si c'est plutôt un cancer... Enfin, il faut que je sois sûre de mes arguments.

Interrogateur : Ok, je comprends... Et du coup qu'est-ce que vous pensez de l'utilisation du EAT-10 en step 2 ? Vous m'y avez un peu répondu en début d'entretien mais ... ?

Participant 4 : Oui, alors je pense que c'est à essayer... après je pense que c'est pas à faire en systématique... C'est à faire que si... il y a des plaintes de déglutition... Je pense...

Interrogateur : Exactement !

Participant 4 : Mais... il faudrait euh... je serai intéressée de savoir qui le connaît en fait ! Parce qu'après... j'ai pas la science infuse mais c'est que je suis en plein dans les études et dans les dernières recommandations et j'en ai jamais entendu parlé, en fait.

Interrogateur : C'est vrai que chez les infirmiers, je n'ai pas l'impression que ce soit répandu finalement...

Participant 4 : Ouais, donc je serais intéressée... parce que si on fait une échelle mais que ça ne parle à personne... Par exemple, quand on parle du MMS, sur la mémoire, ça parle à tout le monde en fait... Et c'est le même principe... cette échelle, si elle se démocratise... Si ça se trouve c'est juste moi qui ne connaît pas... Je serai intéressée de savoir si les gériatres avec qui j'ai travaillé... la connaissent. Et les médecins traitants. (Silence). Parce que l'objectif c'est de faire un suivi donc euh... Ça fait ... depuis 2016 que je suis en gériatrie et pourtant j'en ai jamais entendu parlé... C'est des personnes qui ont des troubles de la déglutition... Avant je m'occupais de l'admission en EHPAD, donc des gens qui sont assez grabataires et polyopathologiques et... j'en n'ai jamais entendu parlé... Pourtant... les problèmes de déglutition... il y en a beaucoup, hein... qui viennent à l'EHPAD pour ça... qui sont en mixé, mouliné. Mais, non... je ne connaissais pas du tout.

Interrogateur : Et pour dépister ça... Vous utilisiez d'autres choses peut-être ?

Participant 4 : Non non non, après, les questionnaires que je faisais pour la diététicienne pour la préadmission... ben c'est pour le bilan biologique, s'ils ont des prothèses dentaires, ou pas, si elles sont fixes ou mobiles, s'il y a un suivi, l'état bucco-dentaire, s'il y a déjà eu des fausses-routes, des compléments alimentaires, leurs aversions, leurs habitudes alimentaires, les horaires euh... voilà... mais c'est vrai que... je ne faisais pas de dépistage, non. On a un ergothérapeute qui fait les tests de la déglutition... quand on a des doutes. Quand l'équipe soignante a des doutes, s'ils peuvent leur donner de l'eau ou du gélifié... L'ergothérapeute fait les tests de déglutition.

Interrogateur : Ah d'accord, ok ! Je ne savais pas que c'était possible ! Et elle rédige un compte-rendu ?

Participant 4 : Oui, sur le logiciel médical, oui oui, elle fait une transmission on va dire.

Interrogateur : Ah, ben d'accord, je ne savais pas !

Participant 4 : Mais peut-être qu'elle utilise ce test ... Moi j'interviens pas... Une fois que j'ai fait la consultation de préadmission, j'interviens pas auprès des patients en EHPAD. Donc, je

sais ce qu'ils font, parce que j'explique au patient comment ça va se passer mais après j'interviens plus moi., une fois qu'ils sont rentrés.

Interrogateur : Ok, c'est intéressant d'avoir ce point de vue là aussi ! Et donc, vous pourriez me précisez les raisons pour lesquelles vous envisageriez d'intégrer le EAT-10 à vos consultations de step 2 ?

Participant 4 : Si j'ai à l'utiliser, sans savoir si les autres personnes avec qui je vais communiquer le connaissent, ce serait pour mon suivi à moi... C'est un problème de déglutition qui est stable et qui ... Je sais pas, imaginons qu'il ait fait un AVC et que c'est une des séquelles de son AVC mais que voilà, il a un EAT-10 qui est à 4 - 5 et qui ... tous les 3 mois reste stable et que... il n'y a pas trop d'incidence sur sa vie etc. Et si, inversement, ça s'aggrave et que... il le vit de plus en plus mal, et qu'il continue de maigrir et qu'il a de plus en plus mal... c'est plus une échelle de suivi, un outil de surveillance. Si j'ai à m'en servir, ce sera dans mes courriers, si les gens le connaissent et après pour mon suivi à moi, pour voir la stabilité ou l'évolution ou pas d'une dysphagie.

Interrogateur : Donc, si je comprends bien ça vous permettrait parfois d'objectiver votre sens clinique, dans vos suivis ? Pour avoir des points de repères, sur lesquels s'appuyer pour comparer...

Participant 4 : C'est ça.

Interrogateur : Et, du coup, à l'inverse pourquoi n'envisageriez-vous pas de l'utiliser dans le cadre des consultations ICOPE ?

Participant 4 : Ben... alors c'est peut-être une fausse croyance, hein. Mais, pour moi, quand ils sont fragiles en fait, c'est que de la prévention et ils ne sont pas malades... et euh... pourquoi je l'utiliserais pas ? Je suis en train de chercher, mais j'ai pas encore eu de troubles de la déglutition dans la fragilité... Mais euh, je vois pas de raisons pour lesquelles je l'utiliserais pas...

Interrogateur : Oui, je vois, donc si ça vous semblait bienvenu à un certain moment avec un certain type de patients peut-être que vous aimeriez l'avoir à portée de main.

Participant 4 : Oui, voilà après... euh... oui !

Interrogateur : Ok, ben c'est super, écoutez, je crois que j'ai tout ce qu'il me faut, vous aimeriez ajouter quelque chose ?

Participant 4 : Euh, non c'est bon pour moi aussi !

Interrogateur : Très bien, alors je vous remercie et je vais couper l'enregistrement.