



<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 2443

Mémoire d'Orthophonie
présenté pour l'obtention du
Certificat de capacité d'orthophoniste

Par

DESSALLES Cléa

**Etat des lieux de la mise en œuvre de l'IDDSI en France dans les
établissements sanitaires et médico-sociaux :**

Sondage auprès des orthophonistes

Mémoire dirigé par

**GIROD-ROUX Marion
RUGLIO Virginie**

Membres du JURY

**GRÉHALLE Coline
CORMARY Xavier**

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 CA
Pr. REVEL Didier

Vice-président CFVU
Mme BROCHIER Céline

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

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

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

Institut des Sciences Pharmaceutiques et
Biologiques
Pr. DUSSART Claude

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

2 Secteur Sciences et Technologie

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

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

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

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

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

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

POLYTECH LYON
Directeur **M. PERRIN Emmanuel**

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

Résumé

Les personnes souffrant de dysphagie sont sujettes à des risques infectieux pulmonaires, nutritionnels et hydriques, et de dégradation de la qualité de vie et de l'estime de soi. Les adaptations de texture sont une solution compensatoire possible, mais il existe de multiples appellations pour chaque niveau d'adaptation de texture et une absence de consensus. Cela a mené à la création de l'IDDSI, *International Dysphagia Diet Standardisation Initiative*, terminologie internationale utilisable par tous et pour toutes les personnes atteintes de dysphagie. Son utilisation est encore restreinte en France, c'est pourquoi cette étude propose un état des lieux de la mise en œuvre de l'IDDSI dans les établissements sanitaires et médico-sociaux en France, au travers d'un questionnaire adressé aux orthophonistes. L'objectif était d'observer les éléments facilitants et les freins à cette mise en œuvre, dans trois types d'établissements selon que le déploiement y est officiel, officieux ou absent. Huit hypothèses ont été émises selon lesquelles la présence de certains éléments constituerait un facilitateur, et leur absence un obstacle. Les résultats montrent que l'accès aux ressources, la connaissance des outils, et l'intérêt porté à la dysphagie et aux adaptations de texture ne sont pas suffisants seuls pour faire varier le statut de la mise en œuvre, mais sont importants et présents chez tous les répondants. L'avis porté sur le projet va inciter ou non les professionnels à l'adopter. Enfin, la présence d'orthophonistes, la collaboration pluriprofessionnelle, la présence de formations sur l'IDDSI et le soutien institutionnel sont perçus comme des facilitateurs au déploiement lorsqu'ils sont présents, et des freins lorsqu'ils sont absents.

Mots-clés

IDDSI ; Mise en œuvre ; Dysphagie ; Orthophonistes ; Établissement de soins ; Questionnaire ; Analyse des pratiques professionnelles

Abstract

People suffering from dysphagia are subject to pulmonary infectious risks, nutritional and hydric risks, and degradation of the quality of life and self-esteem. Texture modifications are a possible compensatory solution, but there are multiple labels for each level of modified textures and a lack of consensus. This has led to the creation of the *International Dysphagia Diet Standardisation Initiative* (IDDSI), an international terminology designed to be used by all people with dysphagia. Its use is still limited in France, which is why this study aims to evaluate the implementation of IDDSI in health and social healthcare facilities in France, through a questionnaire targeting speech-language therapists. The aim was to observe the facilitators and barriers to implementation, in three types of facilities with official, unofficial or absent deployment. Eight hypotheses were made, according to which the presence of certain elements would constitute a facilitator, and their absence an obstacle. The results show that access to resources, knowledge of tools, and interest in dysphagia and texture modification are not sufficient alone to affect the implementation status, but are important and present among all respondents. The opinion on the project will encourage or not the professionals to adopt it. Finally, the presence of speech and language therapists, multi-professional collaboration, IDDSI training and institutional support are perceived as facilitators of implementation when they are present, and barriers when absent.

Key words

IDDSI ; Implementation ; Dysphagia ; Speech and language pathologists ; Healthcare facilities ; Questionnaire ; Professional practices analysis

Remerciements

Je tiens à remercier Marion Girod-Roux et Virginie Ruglio, mes directrices de mémoire, pour leur encadrement ces deux dernières années. Merci pour votre disponibilité, votre accompagnement, vos nombreux retours et la richesse de vos échanges !

Merci à tous les orthophonistes ayant pris le temps de répondre au questionnaire, sans vous ce travail n'aurait pas été possible. Merci également à l'ensemble de mes maîtres de stage, de m'avoir transmis vos connaissances et de m'avoir accueillie à vos côtés !

Merci à mes marraines et filleules d'orthophonie, dont les encouragements et conseils ont été d'un immense soutien. Merci à Pauline, Estelle et Solène, ainsi qu'à Cédric, pour avoir tant de fois éclairé ma lanterne avec plus de bienveillance et de patience (et de café !) que je n'aurais pu espérer. Estelle, chère marraine, merci pour tes encouragements, powerpoints, tablettes de chocolat et messages attentionnés qui auront rythmé ces cinq années, pour mon plus grand bonheur ! Et Agathe, merci d'être la plus chouette filleule.

Merci à mes amis, proches ou lointains, pour leur présence inébranlable à mes côtés. Particulièrement Eve, Inès, Camille, Louna et Maëlle : votre amitié m'est si précieuse, merci de toujours être là, de m'écouter, de me rassurer et de croire en moi !

Merci à mes amies bientôt orthophonistes, pour tous ces précieux moments partagés. Laura, mon éternelle binôme d'ici et d'ailleurs, merci pour tout. J'ai si hâte de continuer nos aventures au soleil ! Mélissandre, même si tu n'aimes pas que je t'appelle par ton nom complet, merci pour ton écoute et ton soutien. Nos discussions interminables sur ton canapé et nos soirées lentilles vont me manquer. Julia, je ne sais pas avec qui je vais manger des pâtes au citron si tu n'es plus là, mais ta présence et ton amitié sans faille auront marqué pour le meilleur ces cinq années. Carole, Mélanie et Emilie, mes comparses de TD et amies du premier jour, je ne regretterai pas nos travaux de groupe mais ne peux en dire autant de votre présence quotidienne. Merci d'avoir été là, du début à la fin. Juliette, Amandine et Gabrielle, merci pour votre bonne humeur, votre authenticité et votre soutien infailible à chaque étape du parcours. Julie, Charline, Noémie, et même Charlie, merci pour nos conversations à en pleurer de rire, d'avoir égayé ces années en les rendant plus douces et plus supportables, et d'avoir été un réel soutien même dans les moments de doutes.

Merci à toutes pour ces fous rires, repas, soirées, sorties, popotes devant l'amphi Hermann... Je ne sais comment j'aurais traversé ces cinq années sans vous à mes côtés.

Enfin, mes derniers remerciements vont à ma famille, sans qui je n'aurais pu me lancer pleinement dans ces études tant désirées. Merci pour vos encouragements et votre amour. Maman, Cycy, et Fafa, un remerciement tout particulier pour votre soutien sans faille, et ce depuis le tout début. Merci d'avoir cru en moi et en mes capacités, de m'avoir poussé à suivre cette voie, et d'avoir toujours été là.

Table des matières

I Partie théorique	1
1 Introduction	1
2 La déglutition normale et pathologique	2
2.1 Les mécanismes physiologiques de la déglutition	2
2.1.1 Structures anatomiques et contrôle neurologique	2
2.1.2 Phases anticipatoire, orale, pharyngée et œsophagienne	2
2.2 Les troubles de la déglutition	3
2.2.1 Les mécanismes physiopathologiques et signes cliniques	4
2.2.2 Les conséquences des troubles de la déglutition	5
3 Les adaptations de texture	6
3.1 Les principes	6
3.2 Les bénéfices et risques pour le patient	6
3.3 Les appellations	8
4 L'IDDSI, International Dysphagia Diet Standardisation Initiative	9
4.1 La naissance et le développement du projet	9
4.2 Les outils et ressources IDDSI	9
4.3 La connaissance et l'utilisation de l'IDDSI en France par les orthophonistes	10
5 Problématiques et hypothèses	11
II Méthode	12
1. Population	12
2. Matériel	12
3. Procédure	14
III Résultats	15
1. Présentation de l'échantillon	15
2. Facteurs influençant l'appartenance des répondants à un groupe	16
2.1 Accessibilité et disponibilité des ressources IDDSI	16
2.2 Connaissance et maîtrise de l'IDDSI	16
2.3 Intérêt pour la dysphagie et les adaptations de texture	17
2.4 Avis porté par les professionnels sur l'IDDSI	17
2.4.1 Ressenti des orthophonistes	17

2.4.2 Facteurs favorisants et obstacles identifiés par les orthophonistes	17
3. Facteurs influençant la mise en œuvre actuelle au sein de chaque groupe	18
3.1 Présence d'un nombre suffisant d'orthophonistes et soignants en institution	18
3.1.1 Établissements à mise en œuvre officielle (Groupe 1)	18
3.1.2 Établissements à mise en œuvre officieuse (Groupe 2)	18
3.1.3 Établissements sans mise en œuvre de l'IDDSI (Groupe 3)	18
3.2 Implication, motivation et collaboration pluriprofessionnelle	19
3.2.1 Établissements à mise en œuvre officielle (Groupe 1)	19
3.2.2 Établissements à mise en œuvre officieuse (Groupe 2)	20
3.2.3 Établissements sans mise en œuvre ou abandonnée (Groupe 3)	21
3.3 Formation des soignants et professionnels de la restauration	21
3.3.1 Établissements à mise en œuvre officielle (Groupe 1)	21
3.3.2 Établissements à mise en œuvre officieuse (Groupe 2)	21
3.3.3 Établissements sans mise en œuvre ou abandonnée (Groupe 3)	22
3.4 Soutien institutionnel	22
3.4.1 Établissements à mise en œuvre officielle (Groupe 1)	22
3.4.2 Établissements à mise en œuvre officieuse (Groupe 2)	23
3.4.3 Établissements sans mise en œuvre ou abandonnée (Groupe 3)	23
IV Discussion	23
1. Contexte de l'étude	23
2. Analyse des résultats	23
2.1 Présence et utilisation des ressources IDDSI	23
2.1.1 Accessibilité et disponibilité des ressources	23
2.1.2 Connaissance et aisance d'utilisation	24
2.2 Appréciation et critique de l'IDDSI par les orthophonistes	25
2.2.1 Lien entre IDDSI et intérêt porté à la dysphagie et aux adaptations de texture	25
2.2.2 Regard porté sur l'IDDSI	25
2.3 Impact institutionnel et des autres professionnels utilisant l'IDDSI	26
2.3.1 Présence suffisante des orthophonistes et professionnels en institution	26
2.3.2 Importance de la collaboration pluriprofessionnelle	26
2.3.3 Absence de formations centrées sur l'IDDSI	27

2.3.4 Rôle du soutien institutionnel.....	27
3. Limites et perspectives.....	28
3.1 Limites de l'étude.....	28
3.2 Apports et perspectives de cette recherche	29
V Conclusion	30
VI Références	31

I Partie théorique

1 Introduction

Il est estimé que la dysphagie, définie comme la difficulté à réaliser l'action d'avaler, avec une sensation de gêne ou de blocage, touche approximativement 8 % de la population mondiale aujourd'hui (Cichero et al., 2017). Les risques pour les patients sont nombreux : risque accru d'inhalation et d'asphyxie alimentaire, dénutrition, déshydratation, conséquences néfastes sur la qualité de vie et l'estime de soi (Cichero et al., 2013 ; Ekberg et al., 2002). Après réalisation d'un bilan clinique de la déglutition et en réponse aux difficultés observées et besoins recueillis, les orthophonistes peuvent proposer aux patients une modification de la texture des aliments et des boissons. Cette mesure vise à assurer une déglutition à la fois optimisée en sécurité et répondant aux besoins nutritionnels, à éviter une dégradation générale de la qualité de vie et permettre le maintien fonctionnel. Cependant, les appellations des adaptations de texture sont nombreuses à coexister et les consensus sont rares, aussi bien pour leur nom que pour leurs descriptions. De ces observations est né l'IDDSI, *International Dysphagia Diet Standardisation Initiative*, projet ayant pour but la mise en place d'une terminologie standardisée et universelle des textures adaptées proposées aux personnes souffrant de troubles de la déglutition (Cichero et al., 2013). Une démarche scientifique rigoureuse menée par un comité international de spécialistes a abouti à une classification des boissons et aliments en huit niveaux en fonction de leurs propriétés physiques (Cichero et al., 2017). Bien qu'une version francophone harmonisée à l'échelle internationale existe (Ruglio et al., 2022), cette standardisation semble aujourd'hui peu utilisée en clinique en France. Pour expliquer ce phénomène, un état des lieux des connaissances et de l'utilisation de l'IDDSI a été mené auprès d'orthophonistes en France par Chevoir et Devillard (2023), montrant une utilisation plus importante en institution qu'en ville.

Ainsi, dans la continuité de ces travaux préliminaires, nous nous intéressons aux obstacles et facilitateurs de la mise en œuvre de l'IDDSI dans les structures de soins et médico-sociales en France.

La première partie consistera en une revue de littérature de la déglutition normale et pathologique. Les adaptations de textures et la démarche de l'IDDSI ainsi que la connaissance qu'en ont les orthophonistes exerçant en France seront ensuite abordées. Dans un second temps, nous présenterons la méthodologie que nous avons suivie et le questionnaire à destination des orthophonistes. Les résultats obtenus seront ensuite présentés, analysés et discutés afin de mettre en lumière les biais et perspectives de cette étude.

2 La déglutition normale et pathologique

2.1 Les mécanismes physiologiques de la déglutition

2.1.1 Structures anatomiques et contrôle neurologique.

La déglutition est souvent décrite comme l'acte moteur d'avaler, mais il s'agit en réalité d'une action complexe dont la fonction ne se résume pas à l'alimentation et comprend avant tout la protection des voies respiratoires. Présente dès les premières semaines de vie *in utero*, elle repose sur le fonctionnement coordonné de nombreuses structures parmi lesquelles se trouvent la cavité orale, le larynx, l'épiglotte et l'œsophage, ainsi que le pharynx qui se divise en trois parties appelées nasopharynx, oropharynx et hypopharynx (Ryan & Hummel, 2013). Le pharynx est également mis en jeu lors de la phonation et se trouve à l'intersection des voies digestives et respiratoires, appelée le carrefour aérodigestif. Une coordination précise est nécessaire lors de l'enchaînement des étapes afin d'assurer le transfert du bolus (boisson, aliment ou sécrétion) de manière sécurisée, de la bouche ou du pharynx jusqu'à l'estomac, en protégeant les voies aériennes de l'intrusion de corps étrangers (Lefton-Greif & McGrath-Morrow, 2007). D'après Miller (1982), cette activité met en jeu à la fois le système nerveux central et périphérique. La déglutition comprend aussi plusieurs types de motricités, à savoir réflexe, volontaire et automatique. L'activité réflexe est sous contrôle du bulbe rachidien, le contrôle volontaire est géré par la voie pyramidale cortico-bulbaire, et la motricité involontaire est régulée par la voie extrapyramidale et les noyaux gris centraux (Leopold & Kagel, 1997; Rangarathnam et al., 2014; Vasant & Hamdy, 2013). Au total, ce sont plus de 30 paires de muscles qui sont mises en jeu et innervées par quatre paires de nerfs rachidiens et six paires de nerfs crâniens (nerfs trijumeau (V), facial (VII), glossopharyngien (IX), vague (X), accessoire (XI) et hypoglosse (XII)) (Matsuo & Palmer, 2008). D'autres fonctions mobilisent par ailleurs les mêmes structures que la déglutition et peuvent constituer des étapes du processus : il s'agit des fonctions associées que sont la ventilation, l'olfaction-gustation, la mastication et l'insalivation.

2.1.2 Phases anticipatoire, orale, pharyngée et œsophagienne.

La déglutition est un mécanisme dynamique sans interruption réelle, ce qui rend arbitraire sa division en phases, comme souligné par Cot (1996). Cependant, afin d'en faciliter la description, elle est souvent définie comme comportant quatre phases successives : anticipatoire, orale, pharyngée, et œsophagienne (Leopold & Kagel, 1997). La phase anticipatoire est initiée par les stimuli visuels et olfactifs des aliments ou boissons, qui sont transmis au cortex cérébral (Leopold & Kagel, 1997). Ils stimulent la production salivaire, participant à la préparation et au transport du bolus, à la perception des saveurs, à la protection bucco-dentaire et à l'amorce du processus digestif (Maeda et al., 2004; Noh et al., 2017; Pedersen et al., 2018). Le temps oral, sous contrôle volontaire, est divisé en deux

phases : la préparation du bolus si besoin, et sa propulsion (Matsuo & Palmer, 2008). La préparation est la transformation des liquides ou des aliments en un bolus globalement homogène grâce à l'insalivation et la mastication. Elle met en jeu les lèvres, la langue, la mandibule, les dents et le palais mou (Gentil et al., 2021; Matsuo & Palmer, 2008; Walton & Silva, 2018). La propulsion du bolus dans l'oropharynx se fait grâce au recul de la langue (Kahrilas et al., 1993; Matsuo & Palmer, 2008), et le temps pharyngé débute ensuite lorsque le bolus pénètre dans le pharynx. Décrit comme automatique et involontaire, il comporte deux fonctions principales : la protection des voies aériennes et le transport du bolus jusqu'à l'œsophage. Le voile du palais s'accroche à la paroi pharyngée afin d'éviter toute fuite nasale et le péristaltisme pharyngé assure sa progression vers l'œsophage. L'abaissement de l'épiglotte, l'accolement des cordes vocales, l'élévation de l'os hyoïde par la contraction des muscles supra-hyoïdiens et la traction du larynx via le ligament thyrohyoïdien, ainsi que l'ouverture du sphincter supérieur de l'œsophage (SSO) permettent de protéger les voies respiratoires (Gentil et al., 2021; Matsuo & Palmer, 2008; Vose & Humbert, 2019). Cependant des fausses routes peuvent survenir chez le sujet sain malgré cette protection, sans que cela soit pathologique (Allen et al., 2010; cités par Ruglio, 2022). En effet, des inhalations (passage d'aliments, boissons ou sécrétions dans la trachée) ou pénétrations (passage dans le vestibule laryngé sans entrer dans la trachée) peuvent avoir lieu à tout âge et pour toutes les populations (Allen et al., 2010; Butler et al., 2009; Clavé & Cichero, 2012), c'est leur nombre et fréquence qui les rendent pathogènes. En réponse à ces épisodes, des mécanismes d'expulsion tels que la déglutition à vide ou salivaire, le hennage, ou la toux réflexe peuvent se déclencher (Guatterie & Lozano, 2005). Enfin vient le temps œsophagien, entièrement automatique, qui dure de trois secondes pour les liquides à 20 secondes pour les solides (Dodds et al., 1973). Après l'ouverture du SSO, le bolus est transporté dans l'œsophage jusqu'à l'estomac grâce au péristaltisme œsophagien (Matsuo & Palmer, 2008; Walton & Silva, 2018).

2.2 Les troubles de la déglutition

Une altération du processus de déglutition, ou trouble de déglutition, peut être causée par un dysfonctionnement d'une structure ou d'un des temps précédemment cités. Il s'agit de signes cliniques objectivables et mesurables. Bien que « trouble de déglutition » et « dysphagie » soient souvent utilisés de manière indifférenciée, certains auteurs font la distinction et il existe aujourd'hui un débat d'experts concernant cette terminologie (Belafsky, 2020; cité par Ruglio, 2022). Dans ce manuscrit les troubles de la déglutition seront considérés comme objectivables, et la dysphagie, subjective et ressentie par le sujet.

2.2.1 Les mécanismes physiopathologiques et signes cliniques

La dysphagie est décrite comme une « action de manger, d'avaler avec une sensation de gêne ou d'arrêt du transit, douloureuse ou non, avec éventuellement des fausses routes lors de la déglutition des aliments, des liquides ou de la salive » (Guatterie & Lozano, 2005, p. 1). Elle prévaut chez les personnes âgées, bien que toutes les tranches d'âge soient concernées (Roden & Altman, 2013), et ses étiologies sont multiples. Cela comprend des atteintes centrales vasculaires ou neuroévolutives, tumorales, neuromusculaires, neurologiques, périphériques, ou encore des cancers, malformations ou cas de prématurité (Prasse & Kikano, 2009; Salle et al., 2009). La dysphagie et les troubles de la déglutition sont à différencier de la presbyphagie, définie comme les modifications physiologiques susceptibles d'apparaître lors du vieillissement sain et durant lesquelles la déglutition reste fonctionnelle (Mancopes et al., 2021). Un trouble de la déglutition signifie la présence d'un ou plusieurs défauts de protection des voies aériennes, de transport du bolus, et d'expulsion de pénétrations et inhalations. Ils peuvent avoir lieu lors des différents temps de la déglutition (Guatterie & Lozano, 2005; Rosenbek et al., 1996).

Concernant le défaut de protection des voies aériennes, cela est lié au passage trop rapide du bolus dans le pharynx, en raison d'une contention postérieure peu efficiente, une absence ou un retard de déclenchement du réflexe de déglutition, ou un défaut de fermeture du vestibule laryngé (Park et al., 2010; Vilardell et al., 2017). Il peut s'agir d'une atteinte centrale ou périphérique, causant une altération de la sensibilité, force, tonicité, vitesse ou encore coordination des différentes structures mises en jeu (Rangarathnam et al., 2014).

En cas d'altération de la fonction de transport, c'est la vidange du bolus qui est touchée et rendue plus lente ou plus difficile. On peut retrouver un défaut d'initiation du temps oral, un défaut de contention antérieure, de contrôle et de propulsion du bolus, d'initiation et de propulsion pharyngée, ou d'ouverture du sphincter supérieur de l'œsophage (Matsuo & Palmer, 2008; Schindler & Kelly, 2002). L'atteinte peut être de nature centrale ou périphérique, caractérisée par une altération de la force, vitesse, ou encore coordination des structures, et peuvent en résulter des stases orales, pharyngées ou œsophagiennes (East et al., 2014; Rangarathnam et al., 2014; Reyes-Torres et al., 2019).

Enfin, un défaut des mécanismes d'expulsion consiste en l'altération de la toux réflexe, du hémage ou de la capacité à réaliser des déglutitions multiples (Aviv et al., 2000; Matsuo & Palmer, 2008). La faiblesse ou absence de l'une de ces fonctions peut mettre en danger le patient, incapable d'expulser les corps étrangers des voies respiratoires. L'absence de sensibilité laryngée peut, elle, entraîner une absence de détection du bolus inhalé, et donc de mécanisme d'expulsion. Ces fausses routes « silencieuses » ou « à bas bruit » peuvent passer inaperçues, c'est pourquoi l'absence de signes évocateurs de fausses routes ne signifie pas leur absence (Garon et al., 2009).

Le patient dysphagique peut présenter des douleurs lors de la déglutition, un reflux nasal, des fuites salivaires, des stases ou une sensation de gêne ou de blocage du bolus (Carrau & Murry, 2000). Des inhalations et pénétrations peuvent avoir lieu et engendrer des obstructions partielles, voire totales des voies respiratoires, et ce avant, pendant ou après la déglutition (Clavé & Cichero, 2012). Les signes aspécifiques, quant à eux, comprennent des variations de poids, des changements dans l'alimentation ou la durée des repas, ou une anxiété liée à l'alimentation (Rofes et al., 2018; Schindler & Kelly, 2002). Ils peuvent être causés par d'autres troubles ou pathologies, aussi est-il important de ne pas considérer un élément isolé comme ayant valeur diagnostique : seule la passation d'examens instrumentaux permet d'objectiver des troubles de la déglutition.

2.2.2 Les conséquences des troubles de la déglutition

En raison de la dysphagie, le patient peut devoir ajuster ses habitudes alimentaires en fonction de ses capacités, par une éviction de certaines textures ou diminution de la quantité des aliments ou boissons problématiques. De fait, cela augmenterait le risque de dénutrition, caractérisé par une perte de poids involontaire et un déséquilibre nutritionnel (Foley et al., 2009; Haute Autorité de Santé, 2002). Le patient est également sujet à un risque de déshydratation élevé, soit une insuffisance d'eau dans le corps marquée par un déséquilibre entre l'apport et la perte d'eau (Reber et al., 2019). Cela peut causer une diminution de la salivation ou une sécheresse de la bouche et aggraver les difficultés de déglutition déjà présentes. Dans des cas extrêmes, si le patient ne peut plus se nourrir par voie orale, il doit recourir à la nutrition entérale ou parentérale afin de subvenir aux apports nutritionnels et hydriques (Joundi et al., 2017). Au niveau respiratoire, les troubles de la déglutition peuvent entraîner l'inhalation ou la pénétration d'aliments, boissons ou sécrétions dans les voies respiratoires. En cas d'inhalations répétées (chronicisation), le réflexe tussigène peut graduellement diminuer, entraînant des fausses routes plus silencieuses (Marik & Kaplan, 2003). Le risque est que, de ces fausses routes, silencieuses ou non, découle une pneumopathie d'inhalation causée par le développement de bactéries dans les voies respiratoires. Le défaut ou l'absence des mécanismes d'expulsion peut aussi causer une obstruction partielle voire totale des voies aériennes (Matsuo & Palmer, 2008). Au-delà de l'impact sur la santé physique du sujet, la dysphagie touche aussi la qualité de vie. Elle peut avoir pour conséquences la prolongation du temps des repas, un moindre appétit, des restrictions alimentaires, de la fatigue, des réactions de panique ou encore la mise en place de stratégies telles que l'assistance lors du repas (Cichero & Altman, 2012; Leow et al., 2010; Tibbling & Gustafsson, 1991). Une incapacité à partager des repas avec des proches peut entraîner un isolement social, voire une dépression dans les cas les plus graves (Cichero & Altman, 2012). La relation avec l'aidant ou la famille peut se dégrader également,

l'estime de soi et la dignité du patient se détériorent progressivement et il peut souffrir du regard des autres (Ekberg et al., 2002). De plus, il a été montré que la présence d'une dysphagie causait l'allongement de la durée de séjour d'un patient dans un établissement de santé, ce qui engendre à la fois un coût financier supplémentaire et une altération de la qualité de vie du patient (Attrill et al., 2018).

3 Les adaptations de texture

3.1 Les principes

La prise en soin de patients dysphagiques peut nécessiter une rééducation avec des objectifs à long terme, ou une réadaptation à l'aide de moyens de compensation permettant des changements immédiats et temporaires (Haute Autorité de Santé, 2007; cité par Girod-Roux, 2022). Ces stratégies de compensation, dont les modifications posturales, stimulations sensitives et modifications de texture, peuvent malgré leurs avantages rencontrer des limites avérées (Dziewas et al., 2021). Ce mémoire s'intéresse plus spécifiquement aux adaptations de texture, définies par Wu et al. (2022a) comme la modification de la taille des particules, de la texture et de la consistance des aliments et boissons, avec parfois ajout d'agents épaississants ou de liquides. Les boissons épaissies facilitent le contrôle du bolus qui s'écoule plus lentement, réduisant chez certains patients le risque de fausse route, tandis que les aliments à texture modifiée nécessitent une préparation orale moins importante (Cichero et al., 2013). Ils sont proposés aux personnes souffrant de dysphagie afin de limiter les risques liés à un dysfonctionnement de la déglutition en optimisant la sécurité, la nutrition et le maintien de la qualité de vie, de l'autonomie et des fonctions cognitives. Les orthophonistes peuvent suggérer des adaptations de texture après une évaluation clinique à visée diagnostique (Gallaughier et al., 2013). Celles-ci doivent être revues et ajustées régulièrement en tenant compte des capacités physiques et cognitives des patients (Haute Autorité de Santé, 2002), dans l'objectif de favoriser la récupération des capacités lorsque cela est possible et de participer à un meilleur maintien fonctionnel. Des solutions telles que des poudres épaississantes, des préparations pré-épaissies ou des aliments et boissons prêts à l'emploi peuvent être utilisées pour la préparation des repas (Cichero et al., 2013).

3.2 Les bénéfices et risques pour le patient

Les adaptations de texture visent à améliorer la qualité de vie et faciliter voire sécuriser la déglutition des patients, mais leur mise en œuvre rencontre des limites et peut provoquer des effets indésirables. Les boissons épaissies ralentissent l'écoulement du bolus, mais ce dernier laisse plus de résidus, augmentant le risque d'inhalations secondaires (Newman et al., 2016). Le patient doit fournir plus d'efforts de propulsion, ce qui peut créer une fatigue et

constitue un risque d'augmentation de résidus pharyngés (Steele et al., 2015). Il existe plusieurs manières d'épaissir les boissons, les plus fréquentes étant avec l'amidon de maïs et de fécule de pomme de terre, qui peuvent laisser une sensation granuleuse avec un arrière-goût farineux, ou la gomme xanthane qui, mélangée à la boisson, rend le bol alimentaire adhérent aux muqueuses (Brooks et al., 2022; Matta et al., 2006). Il est aussi possible d'utiliser de la compote ou du yaourt mélangés à de l'eau, permettant un apport nutritionnel supplémentaire et une amélioration du goût, mais aussi une meilleure palatabilité (caractère agréable des textures). La nature de l'épaississant peut donc altérer les sensations du patient : s'il les trouve trop désagréables, il risque de limiter sa consommation de boissons causant une baisse des apports hydriques (Garcia & Chambers, 2010). Des études ont montré que les épaississants n'affectent pas la biodisponibilité de l'eau, soit la quantité d'eau absorbée par le corps (Hill et al., 2010; Sharpe et al., 2007), mais que la biodisponibilité des médicaments peut être diminuée lorsqu'ils sont associés à une boisson épaissie. Les patients dysphagiques sont par ailleurs souvent en situation de déshydratation qui peut s'expliquer, d'après Cichero (2013), par la sensation de satiété après avoir consommé une boisson épaissie.

Les textures modifiées peuvent altérer l'attrait visuel des plats en comparaison aux présentations avec lesquelles les patients sont familiers (Garcia & Chambers, 2010). Ces modifications à visée compensatoire peuvent cibler l'aspect chémoesthésique, thermique et gustatif des aliments et boissons, permettant d'obtenir une amélioration de la déglutition (Min et al., 2022; Bülow et al., 2003; Shin et al., 2016; Steele & Miller, 2010; Turkington et al., 2017). Par ailleurs, les textures adaptées peuvent permettre au patient d'accéder à une saveur donnée, mais pas toujours à la texture habituellement associée, il s'agit donc d'ajustements pouvant être difficiles à accepter puisqu'ils nécessitent le deuil de l'alimentation antérieure. Une perte d'appétit peut s'en suivre, ainsi qu'un sentiment de frustration, de honte ou de colère (Shimizu et al., 2021; Ullrich & Crichton, 2015). Il y a donc des risques de perte au niveau nutritionnel et hydrique, mais aussi psychologique et social, s'ajoutant aux conséquences de la dysphagie mentionnées précédemment.

Enfin, les professionnels de santé doivent rester vigilants face au risque de sous et surtraitement suite à l'évaluation clinique (Leslie & Smithard, 2021). Leurs actions menées doivent rester dans l'intérêt du patient, afin de réduire les effets d'un problème de santé déjà présent (prévention tertiaire) mais aussi de le protéger des risques de surmédicalisation (prévention quaternaire) (Bentzen, 2003). Il est important que l'alimentation d'un patient souffrant de dysphagie reste la plus normale possible, car toute modification de texture introduit une toxicité potentielle, avec une baisse des ingesta donc d'éventuelles carences nutritionnelles et hydriques, mais aussi une dégradation de la qualité de vie, de la stimulation cognitives, et une perte fonctionnelle en termes de mastication et de déglutition ;

en effet, l'utilisation d'une fonction constitue un entraînement ciblé et écologique, et donc fondamentalement un moyen de rééducation basé sur les principes de la plasticité cérébrale « *Use it or lose it* » et « *Use it and improve it* » énoncés par Kleim & Jones (2008, p.227). L'un des principes fondateurs du soin étant de ne pas nuire (« *Primum non nocere* », 2023), l'enjeu se situe donc dans l'équilibre de la balance bénéfices / risques tout en gardant une approche centrée sur le patient (Rogers, 1951).

3.3 Les appellations

Si la mise en place d'adaptations de texture est largement adoptée dans le cadre de la dysphagie (Steele et al., 2015), la question de la terminologie se pose. Au sein d'un même pays, une variété de termes est utilisée pour désigner les textures adaptées, variant selon les régions, cliniciens et patients, sans consensus national clair ni application systématique. Ce manque d'harmonisation concernant les termes et leurs définitions peut mener à de mauvais dosages, des prescriptions inadaptées à leurs capacités ou besoins, et une mise en danger du patient (Cichero et al., 2013). Outre la confusion liée à la multitude de termes existants, il a été observé qu'une boisson modifiée préparée en établissement de soin à l'aide d'un épaississant avait un rendu différent de celui d'une boisson préparée en laboratoire avec ce même épaississant et en suivant les mêmes consignes (Payne et al., 2012). Ces variations peuvent être attribuées au préparateur, aux moyens et dispositifs utilisés, ou à la manière de mesurer l'épaississement et aux critères choisis pour cela. Ainsi, à instructions égales les résultats ne sont pas les mêmes, laissant présager des différences plus importantes encore lorsque les produits ou les interprétations des termes fluctuent entre les préparateurs. A une plus grande échelle, la terminologie et les définitions varient d'un pays à l'autre : sur 33 pays interrogés au travers de leurs cliniciens, 27 appellations différentes ont été recensées pour les adaptations de boissons et 54 pour les aliments (Cichero et al., 2017). Ces différences ont lieu notamment en raison de différences culturelles : comme montré par Cichero et al. (2017), certains termes tels que « nectar » ou

« gelée » n'ont pas la même signification partout, d'autres ne sont pas adaptés à toutes les populations. C'est le cas du miel qui sert de terme de référence dans certains pays, alors que son usage est contre-indiqué auprès d'enfants de moins de 12 mois et que sa forme peut varier (liquide, crémeux, solide, cristallisé). D'autres termes utilisés sur le terrain se réfèrent à des aliments qui revêtent différentes textures tels que le riz, ce qui peut porter à confusion (Cichero et al., 2017). La libre interprétation de ces termes peut mettre en danger le patient, mais aussi affecter les échanges interprofessionnels en raison de la disparité des cadres de référence. Enfin, en l'absence de standardisation, la recherche scientifique est également impactée puisque cela rend impossible la reproduction ou comparaison des études, ainsi que la généralisation des résultats. La transposition des données de la

recherche clinique à la pratique de terrain est également plus complexe, ce qui retarde les avancées. De toutes ces observations a émergé la création d'une standardisation internationale : le projet IDDSI.

4 L'IDDSI, *International Dysphagia Diet Standardisation Initiative*

4.1 La naissance et le développement du projet

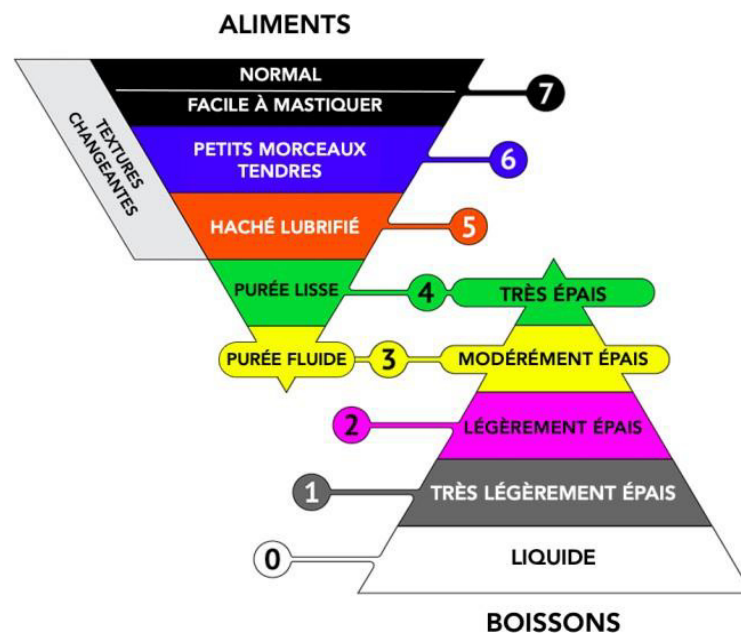
L'*International Dysphagia Diet Standardisation Initiative* (Projet pour une Standardisation Internationale des Textures Adaptées aux Dysphagies), ou IDDSI, a été lancé en 2012 et est né de la volonté de proposer une terminologie standardisée universelle des textures adaptées proposées aux personnes souffrant de troubles de la déglutition. Le comité de l'IDDSI a suivi une démarche scientifique rigoureuse selon les principes de Turner et al. (2008) : celle-ci comprend un inventaire des appellations existantes dans le monde, une revue systématique de littérature sur l'impact des textures des aliments et boissons sur la déglutition, la réalisation d'une première trame de standardisation à partir des éléments recueillis, et enfin la diffusion d'un questionnaire international afin d'obtenir un retour sur la trame ébauchée. Au terme de ce travail, une classification à huit niveaux pour les boissons et aliments a vu le jour, basée sur leurs propriétés physiques (Cichero et al., 2017). Chaque niveau est associé à une couleur, un nom, une définition et des méthodes de test permettant de déterminer le niveau IDDSI d'une denrée. L'ensemble de ces données a été regroupé en un document comprenant les méthodes de test et en un diagramme, et le tout a été mis à disposition du public gratuitement en anglais à partir de 2015. Du fait de la récence de cet outil, des comités nationaux travaillent depuis à sa traduction afin de le rendre accessible partout dans le monde (IDDSI, s. d.a). En France, la traduction française (Ruglio et al., 2017) a récemment bénéficié d'une harmonisation internationale par un collectif francophone (Ruglio et al., 2022).

4.2 Les outils et ressources IDDSI

La classification des textures des aliments et des boissons constitue la pierre angulaire de l'IDDSI. Le diagramme IDDSI comprend deux pyramides (Figure 1), une pour les boissons (pyramide inférieure) et une pour les aliments (pyramide supérieure) (Cichero et al., 2017). Les boissons peuvent correspondre à un niveau allant de 0 à 4 inclus, et les aliments de 3 à 7 ; les niveaux 3 et 4 peuvent donc correspondre à une boisson ou un aliment, avec toutefois deux libellés différents (purée lisse / très épais, purée fluide / modérément épais). Chaque niveau est accompagné d'une définition et de méthodes de test : écoulement à la seringue, égouttement à la fourchette, cuillère inclinée, baguettes, doigts, séparation et pression à la fourchette ou à la cuillère.

Figure 1

Diagramme IDDSI en français international (Ruglio et al., 2022)



En complément de cette classification, de nombreux documents facilitant l'utilisation des outils IDDSI dans la pratique clinique sont également proposés : guides de mise en œuvre à l'attention des différents groupes de professionnels (IDDSI, s. d.b), échéanciers et tâches détaillant le processus, ou encore documents d'information et de sensibilisation à destination des patients, aidants, soignants et autres professionnels concernés par l'IDDSI (posters, documents récapitulatifs, vidéos YouTube, publications en accès libre).

4.3 La connaissance et l'utilisation de l'IDDSI en France par les orthophonistes

Selon le Décret n°2002-721 du 2 mai 2002 relatif aux actes professionnels et à l'exercice de la profession d'orthophoniste, l'évaluation et la prise en soin des troubles de la déglutition font partie du champ de compétences des orthophonistes. Ils peuvent donc être amenés à proposer des adaptations de texture aux patients, et sont incités à utiliser l'IDDSI notamment dans les établissements français, comme recommandé par les sociétés savantes diététiques (Vaillant et al., 2019). Il existe à ce jour très peu de travaux réalisés sur l'IDDSI en France en dehors de l'étude de Chevoir et Devillard (2023), et encore moins sur son utilisation par les orthophonistes, en raison notamment de la récence de cet outil. Dans leur mémoire d'orthophonie, Chevoir et Devillard (2023) ont créé et diffusé un questionnaire visant à réaliser un état des lieux sur la connaissance et l'utilisation de l'IDDSI par les orthophonistes en France, quelles que soient leurs modalités d'exercice. L'étude a montré que l'IDDSI reste peu utilisée en clinique par les orthophonistes. La connaissance de ces outils augmente chez les orthophonistes ayant un intérêt pour la dysphagie et pour l'IDDSI, qui s'informent

sur l'IDDSI, ont suivi des formations et prennent en soin des patients dysphagiques. Parmi les facteurs facilitant l'utilisation des outils de l'IDDSI, les auteurs retrouvent la consultation des ressources disponibles sur l'IDDSI, la collaboration avec les diététiciens et équipes de cuisine, et la conscience de l'importance des outils. Les obstacles à l'utilisation comprennent les difficultés de mise en pratique l'IDDSI en clinique, ou l'absence de formations spécifiques sur l'IDDSI. Les résultats montrent également que la connaissance de l'IDDSI par les orthophonistes est meilleure en institution qu'en libéral, et un certain nombre de perspectives ont émergé. Cependant, la comparaison de ces résultats avec d'autres études est difficile du fait de la nouveauté de ce travail en France et du manque de littérature sur le sujet. Des éléments facilitants ont par ailleurs déjà été soulevés dans la littérature, pour des mises en œuvre dans le domaine de la santé : implication des équipes de direction, budget alloué au projet, volonté des professionnels derrière l'initiative, changement motivé par un problème rencontré dans la pratique, collaboration pluriprofessionnelle, ou encore changements à la fois institutionnels et individuels (Feder et al., 1999; Grol & Grimshaw, 2003; Jukes et al., 2012; Lam et al., 2017; Solberg, 2000; Wu et al., 2022a). Une comparaison avec la mise en œuvre de l'IDDSI dans les établissements pourrait être pertinente.

5 Problématiques et hypothèses

L'IDDSI a été créé pour répondre au besoin de standardisation des textures des aliments et boissons adaptées aux dysphagies, dans le but de pouvoir être utilisé pour toute personne quel que soit son âge ou sa culture. Cependant, les orthophonistes exerçant sur le territoire français ont une connaissance limitée de cette standardisation, et son utilisation est plutôt restreinte, même si elle semble plus importante en institution qu'en libéral. L'objectif du présent travail est donc de réaliser un état des lieux de la mise en œuvre de l'IDDSI dans des structures sanitaires et médico-sociales françaises, afin d'en identifier les facteurs facilitateurs et les obstacles.

Nous faisons l'hypothèse qu'il existe des éléments facilitant cette mise en œuvre tandis que d'autres la freinent, donnant lieu, soit à une mise en œuvre officielle aboutie à l'échelle institutionnelle, soit à une utilisation restreinte et individuelle de l'IDDSI par les professionnels sans qu'il n'y ait de mise en œuvre officielle. La présence des éléments suivants constituerait un facteur facilitateur à la mise en œuvre de l'IDDSI, leur absence représenterait un obstacle : l'accessibilité et disponibilité des ressources IDDSI, la connaissance et maîtrise qu'en ont les professionnels, l'avis qu'ils portent sur l'IDDSI, leur intérêt pour la dysphagie et les adaptations de texture, la collaboration pluriprofessionnelle, le soutien institutionnel, la formation des soignants, ainsi que la présence d'un nombre suffisant d'orthophonistes et soignants en institution.

II Méthode

Cette section détaille les critères d'inclusion et d'exclusion de la population de l'étude, et son recrutement. Elle présente ensuite le questionnaire utilisé et les étapes de sa construction, et enfin décrit la procédure de collecte et d'analyse des données.

1. Population

1.1 Critères d'inclusion et d'exclusion

Pour être inclus dans l'étude, les participants devaient être titulaires du certificat de capacité d'orthophonie ou diplôme d'orthophonie équivalent, et exercer en France métropolitaine ou dans les DROM-COM. Ils devaient être salariés d'une structure sanitaire ou médico-sociale, accueillant une population adulte ou pédiatrique. Les participants devaient utiliser l'IDDSI à l'échelle individuelle, quel que soit le statut ou l'avancement de la mise en œuvre de l'IDDSI au sein de leur établissement. Ce choix a été fait en s'appuyant sur le postulat que le nombre d'établissements ayant réalisé une mise en œuvre achevée est encore faible sur le territoire français, du fait de la récence des outils IDDSI et des étapes nécessaires à leur mise en œuvre. Cela aurait donc constitué une difficulté lors du recrutement de la population-cible, qui aurait été significativement réduite.

L'exercice libéral constituait un critère d'exclusion : les orthophonistes exerçant ponctuellement en institution sans être salariés de l'établissement n'étaient pas concernés.

1.2 Inclusion des participants et collecte des données

Le recrutement des participants et le recueil des données se sont déroulés de janvier à mars 2023. Le questionnaire a été diffusé sur le réseau social Facebook au sein de groupes d'échanges à destination des orthophonistes et étudiants en orthophonie : « Dysphagies neurogériatriques », « L'IDDSI en France, Suisse & Belgique », « Orthophonie et cancérologie ORL », « Dysphagies neurologiques de l'adulte et de l'enfant », « Orthophonie et PEC neuro », « Orthophonie : recherche et offres de stage », « Orthophonistes et étudiants orthophonistes », « Les orthos et la neuro », « IMC/polyhandicap et orthophonie », « Orthophonie et handicap », et le groupe « Interpromo CFUO de Lyon ». Des orthophonistes ont également été contactés par mail directement, ou en passant par les formulaires de contact disponibles sur le site internet de chaque établissement. Chaque prise de contact comprenait un paragraphe d'explication et de présentation du sujet de ce mémoire, la liste des critères d'inclusion, ainsi que le lien du questionnaire comprenant la Notice d'Information (Annexe A).

2. Matériel

2.1 Choix du support

Pour pouvoir toucher un grand nombre d'individus et recueillir un maximum de réponses, il a été choisi de créer un questionnaire plutôt que de mener des entretiens. L'utilisation d'un questionnaire auto-administré permet d'obtenir des réponses uniformisées, ce qui est plus adapté pour l'analyse d'un grand nombre de réponses correspondant à une population telle que celle ciblée par cette étude (Roopa & Rani, 2012). Du fait de sa simplicité d'utilisation, la plateforme Google Forms a été utilisée pour la création et la diffusion du questionnaire. En effet, il était possible d'accéder au questionnaire sur un ordinateur, une tablette ou un téléphone avec tout navigateur, le rendant accessible depuis tous supports à condition de disposer d'une connexion internet.

2.2 Création du questionnaire

Le questionnaire s'organise en quatre parties. La première concerne le répondant et son exercice, la deuxième s'intéresse à ses connaissances et à son intérêt concernant la dysphagie et les adaptations de texture. La troisième partie s'articule autour des connaissances du répondant sur l'IDDSI. La quatrième partie du questionnaire prend la forme d'une arborescence permettant d'obtenir des réponses spécifiques en fonction du contexte institutionnel. Cela évitait ainsi aux répondants de rencontrer des questions qui ne les concernaient pas, ce qui limite les risques d'abandon du questionnaire. Un exemple de la trame rencontrée par le premier profil a été joint en Annexe B.

La distinction entre les termes « Utilisation » et « Mise en œuvre » a été faite au début de la quatrième partie du questionnaire, avant que le répondant ne choisisse l'un des trois profils. Ainsi, l'utilisation a été définie comme le fait de se servir des outils de l'IDDSI à l'échelle individuelle en tant que professionnel (ex. une orthophoniste en structure qui emploie les niveaux IDDSI dans ses observations et compte-rendus). La mise en œuvre (ou déploiement) a été définie comme le fait de se servir des outils de l'IDDSI à l'échelle institutionnelle (ex. les plats préparés en cuisine correspondent à un ou des niveaux IDDSI précis). Les termes « officiel » et « officieux » ont également été définis en amont des questions. Ainsi, une utilisation ou un déploiement « officiel » signifie que l'établissement a approuvé l'usage des outils de l'IDDSI et appuie leur déploiement (ex. le plan de formation inclut une formation des professionnels de l'établissement à l'utilisation de l'IDDSI et de ses outils). À l'inverse, une utilisation ou un déploiement « officieux » signifie qu'aucune validation de l'usage des outils de l'IDDSI n'a eu lieu par l'établissement et que les professionnels l'utilisent individuellement (ex. d'autres appellations sont utilisées pour les adaptations de texture et l'établissement n'a pas pour volonté de les changer). Ces distinctions ont été rappelées à plusieurs reprises tout au long du questionnaire, afin d'éviter toute confusion pouvant biaiser les réponses.

Les questions posées prenaient plusieurs formes : questions à choix multiples (QCM), questions à choix unique (QCU), échelles de Likert allant de 1 à 5, et des questions ouvertes. Une case « Autre » était parfois proposée pour permettre au répondant d'apporter des précisions. Toutes les questions ont été formulées en suivant les recommandations énoncées par Roopa et Rani (2012), à savoir être facilement compréhensibles, simples, véhiculer une seule idée à la fois, être concrètes, et éviter le vocabulaire ambigu qui pourrait induire le répondant en erreur.

3. Procédure

3.1 Déroulé du questionnaire

Un pré-test a été réalisé auprès de deux orthophonistes avant de diffuser le questionnaire en ligne. Cela a permis d'effectuer des modifications facilitant le remplissage du questionnaire, ou de reformuler certaines questions. Suite à ces ajustements, la diffusion a pu commencer. Après avoir répondu aux questions générales, les participants étaient répartis en trois types de profils : 1/ l'IDDSI est officiellement déployé ou en cours de déploiement officiel dans l'établissement du répondant, 2/ l'IDDSI est utilisé par le répondant sans que l'institution l'ait officiellement mis en œuvre, ou 3/ l'IDDSI n'a pas du tout été mis en œuvre dans l'établissement du répondant.

Dans le premier cas de figure (mise en œuvre officielle aboutie ou en cours dans l'établissement), le participant devait répondre à des questions concernant les modalités de déploiement : date de lancement, personnes référentes / à l'origine de ce déploiement, moyens de formation des équipes, accueil réservé à la démarche par les équipes, difficultés rencontrées, éléments et outils IDDSI utilisés et justification de ces choix.

Le second type de profil concerne les personnes utilisant l'IDDSI sans que l'établissement l'ait officiellement mis en œuvre. Les participants devaient répondre à des questions concernant cette utilisation « officieuse » par les équipes : outils utilisés, personnes / catégories de professionnels les utilisant, moyens de formation des équipes et personne chargée de la formation le cas échéant, et personnes à l'origine de cette mise en œuvre.

Enfin, le troisième type de profil concerne les répondants dont l'établissement n'a pas mis en œuvre l'IDDSI, et comporte trois sous-profils. Dans le cas où l'établissement a pour projet ou envisage de mettre en œuvre l'IDDSI, les questions s'intéressaient au profil de la personne derrière cette initiative. Dans le cas où l'établissement avait pour projet de mettre en œuvre l'IDDSI mais a abandonné ou interrompu le déploiement sans date de reprise, nous avons interrogé le profil de la personne à l'origine de l'initiative, les raisons ayant conduit à l'abandon du projet, ainsi que ce que le répondant estime qu'il aurait été appréciable d'avoir à disposition lors du déploiement. Enfin, dans le dernier cas où le répondant n'a pas connaissance d'un projet de mise en œuvre de l'IDDSI au sein de son établissement, les

questions portaient sur les raisons supposées derrière ce choix. Selon les différents profils, la durée de passation du questionnaire variait de 5 à 10 minutes, et dans la version la plus longue le répondant devait répondre à 33 questions.

3.2 Extraction et analyse des données

Le recueil des données s'est terminé le 21 mars 2024. Les données du questionnaire ont été extraites de Google Form vers un tableur Google Sheet. Elles ont ensuite été classées et organisées à l'aide de l'outil Google Sheets, afin de permettre leur traitement de manière claire et anonyme, et ont été traitées avec le logiciel JASP (JASP Team, 2024) pour la réalisation de tests paramétriques de type régression logistique ordinale.

III Résultats

Cette section présente l'échantillon étudié et les trois profils ou groupes de répondants. Une présentation de la mise en œuvre actuelle dans chaque groupe est ensuite réalisée. Les résultats permettant de répondre aux hypothèses sont présentés en Annexe C, mais l'ensemble des données récoltées est disponible sur demande. Les résultats des tests paramétriques sont présentés en prenant pour seuil de significativité $\alpha < 0.05$.

1. Présentation de l'échantillon

Au total, 61 orthophonistes ont participé à cette étude en complétant le questionnaire. 82 % d'entre eux ont une patientèle composée exclusivement d'adultes et 5 % une patientèle exclusivement pédiatrique. Les lieux d'exercice comprennent des centres hospitaliers, universitaires ou non (CH(U)), établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD), soins médicaux et de réadaptation (SMR), foyers d'accueil médicalisés (FAM), maisons d'accueil spécialisées (MAS), centres de rééducation et de réadaptation fonctionnelles (CRRF), instituts d'éducation motrice (IEM), ou encore centres de traitement du cancer. Les orthophonistes répondants ont obtenu leur CCO, certificat de capacité d'orthophonie, ou diplôme d'orthophonie équivalent entre 1985 et 2023.

L'IDDSI est officiellement déployé ou est en cours de déploiement dans 38 % des établissements (n=23) (groupe 1), est utilisé sans déploiement officiel dans 51 % des établissements (n=31) (groupe 2), et n'est pas du tout mis en œuvre dans 11 % des établissements (n=7) (groupe 3). Dans ce dernier cas, quatre établissements (57 %) envisagent la mise en œuvre de l'IDDSI, un établissement (14 %) avait pour projet de mettre en œuvre l'IDDSI mais l'a abandonné, et deux établissements (29 %) n'ont pas pour projet de mettre en œuvre l'IDDSI d'après le répondant.

2. Facteurs influençant l'appartenance des répondants à un groupe

2.1 Accessibilité et disponibilité des ressources IDDSI

Sur les 61 répondants, 98 % (n=60) déclarent avoir déjà consulté des ressources sur l'IDDSI. Pour accéder à ces ressources, 95 % des répondants (n=57) ont consulté le site internet de l'IDDSI, 62 % (n=37) les réseaux sociaux, 47 % (n=28) des articles, 33 % (n=20) le compte YouTube de l'IDDSI, et 2 % (n=1) d'autres sites et pages internet. La consultation d'autres ressources apparaît chez 13 % des répondants (n=8) : elles proviennent de collègues formés (n=6), de recommandations de bonne pratique (n=1), ou de ressources internes (n=1). D'après les résultats du test de régression logistique ordinaire, il n'existe pas de corrélation entre l'accès à des ressources sur l'IDDSI et le statut de la mise en œuvre dans l'établissement ($F(3,N=61)=1.978$, $p=0.160$).

Concernant l'accès aux outils matériels de l'IDDSI, 10 % rapportent des difficultés d'approvisionnement en seringues / entonnoirs (n=6). Dix participants (16 %) déplorent l'absence de documents simplifiés de type plaquettes recensant les informations importantes de l'IDDSI, ou des livres de recettes à destination des cuisines et de l'entourage des patients.

2.2 Connaissance et maîtrise de l'IDDSI

Pour les 61 répondants, l'IDDSI a été découvert dans 35 % des cas (n=21) au cours de la formation initiale (cours, stages), 31 % (n=19) par la lecture d'une publication sur le sujet, 13% (n=8) par le biais d'un collègue, 13 % (n=8) en formation continue, et les 8 % restants (n=5) sur le lieu de travail.

Une majorité des répondants (75 %, n=46) déclare néanmoins ne pas avoir reçu d'enseignement spécifique sur l'IDDSI en formation initiale. L'enseignement dédié à l'IDDSI en formation initiale ne semble pas influencer le statut de la mise en œuvre ($F(3,N=61)=0.181$, $p=0.670$).

Concernant le suivi de formations continues sur l'IDDSI, sur les 61 répondants la majorité s'est auto-formée via le site internet de l'IDDSI (59 %), la lecture de documents écrits (34%), le suivi de formations pratiques avec ateliers (13 %) ou de formations théoriques (10 %). D'autres types de formations sont également recensées (10%) comme un diplôme inter-universitaire (n=1), les échanges entre collègues (n=2), la présence dans le groupe de référence / comité de lecture IDDSI (n=2) et le suivi de formations non centrées sur l'IDDSI mais durant lesquelles cela a été mentionné (n=1). Enfin, 25 % (n=15) des répondants n'ont pas suivi de formation continue sur l'IDDSI. Le suivi de formations sur l'IDDSI ne semble pas influencer le statut de sa mise en œuvre ($F(3,N=61)=2.745$, $p=0.098$).

Les répondants ont également estimé leur niveau d'aisance dans l'utilisation des outils IDDSI, sur une échelle de 1 (pas du tout à l'aise) à 5 (parfaitement à l'aise) : 13 % (n=8)

estiment être peu à l'aise, 36 % (n=22) moyennement à l'aise, 43 % (n=26) très à l'aise, et 8 % (n=5) parfaitement à l'aise. Le niveau d'aisance ne semble pas influencer le statut de la mise en œuvre de l'IDDSI ($F(3,N=61)=3.305$, $p=0.069$).

2.3 Intérêt pour la dysphagie et les adaptations de texture

En formation initiale, 89 % (n=54) des répondants ont reçu un enseignement sur la dysphagie. D'après le test de régression logistique ordinale, la présence d'enseignement sur la dysphagie en formation initiale n'influence pas le statut de la mise en œuvre ($F(3,N=61)=0.024$, $p=0.877$).

Pour 70 % (n=43) des répondants, une ou des formations continues sur la dysphagie ont été suivies sans toutefois que cela influence le statut de la mise en œuvre ($F(3,N=61)=0.603$, $p=0.437$).

Lorsqu'il leur est demandé d'estimer leur intérêt pour la dysphagie sur une échelle de 1 (pas du tout d'intérêt) à 5 (très fort intérêt), 7 % (n=4) estiment avoir un intérêt moyen, 30 % (n=18) un fort intérêt, et 64 % (n=39) un très fort intérêt. Néanmoins, l'intérêt pour la dysphagie ne semble pas influencer le statut de mise en œuvre ($F(3,N=61)=1.622$, $p=0.203$).

Concernant leur intérêt pour les adaptations de texture, 5 % (n=3) des répondants estiment avoir un intérêt moyen, 25 % (n=15) un fort intérêt, et 70 % (n=43) un très fort intérêt. Comme précédemment, les analyses ne montrent pas d'influence d'un tel intérêt sur le statut de la mise en œuvre ($F(3,N=61)=0.162$, $p=0.687$).

2.4 Avis porté par les professionnels sur l'IDDSI

2.4.1 Ressenti des orthophonistes

En réponse à la question « Que pensez-vous du projet IDDSI ? », 47 répondants (77 %) trouvent qu'il améliore la sécurité alimentaire des patients et 40 (66 %) estiment qu'il permet une amélioration de la qualité des soins. Pour 34 orthophonistes (56 %), il améliore la communication au sein de l'équipe et 22 (36 %) le trouvent facilement compréhensible bien que le projet soit jugé difficile à mettre en place dans 62 % des cas (n=38).

2.4.2 Facteurs favorisant et obstacles identifiés par les orthophonistes

Les orthophonistes sondés déplorent l'absence de plusieurs éléments qui pourraient faciliter le déploiement de l'IDDSI et ses outils. Parmi eux, l'accès à des documents simplifiés comme des brochures ou des livres de recettes (16 %) et l'existence de formations pour tous les professionnels susceptibles d'interagir avec l'IDDSI (soignants, cuisiniers, équipes de direction...) (23 %). D'autres éléments sont aussi cités comme freinant le déploiement,

tels que la difficulté à choisir la bonne quantité d'épaississant ou à faire de la guidance sur l'utilisation de l'IDDSI auprès des aidants.

Deux répondants disent se sentir plus sereins à l'idée d'aborder des problématiques alimentaires avec l'IDDSI. L'absence de notion d'éviction des aliments, notamment concernant les aliments fragmentés, filandreux, collants, secs et friables est également reprochée par deux répondants, bien qu'elle existe dans la standardisation. La diffusion de photos de « plats-types » par niveau est souhaitée (n=4), ainsi que la réalisation d'un travail sur le goût et sur les apports nutritionnels. La nécessité de procéder à la reformulation de certaines tournures syntaxiques négatives dans les fiches pratiques IDDSI est aussi mise en avant. D'autres facteurs favorisant la mise en œuvre sont également cités, comme la mise en place de rencontres pour élargir le réseau de professionnels familiers avec l'IDDSI ou la plus petite taille de l'établissement et la non-appartenance à une collectivité.

3. Facteurs influençant la mise en œuvre actuelle au sein de chaque groupe

3.1 Présence d'un nombre suffisant d'orthophonistes et soignants en institution

3.1.1 Établissements à mise en œuvre officielle (Groupe 1)

Parmi les 23 orthophonistes exerçant dans un établissement où la mise en œuvre de l'IDDSI est officielle, la ou les personnes à l'initiative de la mise en œuvre de l'IDDSI sont un membre de l'équipe d'orthophonie pour 74 % (n=17) ou de diététique pour 34 % (n=8), parfois conjointement. Les autres initiateurs font partie de l'équipe de direction ou médicale (médecin pédiatre ou médecin nutritionniste). Trois répondants n'ont pas su dire qui était derrière l'initiative. Dans les cas où un nombre partiel de niveaux IDDSI est utilisé, une personne l'explique par le manque de personnel.

3.1.2 Établissements à mise en œuvre officieuse (Groupe 2)

Parmi les 31 orthophonistes utilisant de manière individuelle l'IDDSI, la ou les personnes responsables de la formation des professionnels sont dans 29 % des cas un ou des membres de l'équipe d'orthophonie (n=9), et dans un établissement, un diététicien. Deux personnes ne savent pas qui est à l'origine de l'initiative, et 64 % des répondants (n=20) n'ont pas de formation dispensée aux professionnels de leur établissement.

3.1.3 Établissements sans mise en œuvre de l'IDDSI (Groupe 3)

Sept orthophonistes déclarent exercer dans un établissement n'ayant pas la volonté de mettre en œuvre l'IDDSI. Un membre de l'équipe d'orthophonie est à l'initiative de la mise en œuvre dans trois de ces établissements, et un diététicien dans deux établissements. Le dernier répondant ne sait pas. Pour l'établissement qui a abandonné la mise en œuvre, c'est un diététicien et un ou des membres de l'équipe d'orthophonie qui en étaient à l'initiative.

3.2 Implication, motivation et collaboration pluriprofessionnelle

3.2.1 Établissements à mise en œuvre officielle (Groupe 1)

Les répondants du groupe 1 (n=23) exercent dans des établissements avec une mise en œuvre de l'IDDSI officielle achevée ou en cours. Pour 26 % (n=6) d'entre eux, le début de la mise en œuvre date d'il y a moins d'un an, 52 % (n=12) entre 1 et 3 ans, et 9 % (n=2) entre 3 et 5 ans. Les 13 % restants (n=3) indiquent ne pas savoir la date de début.

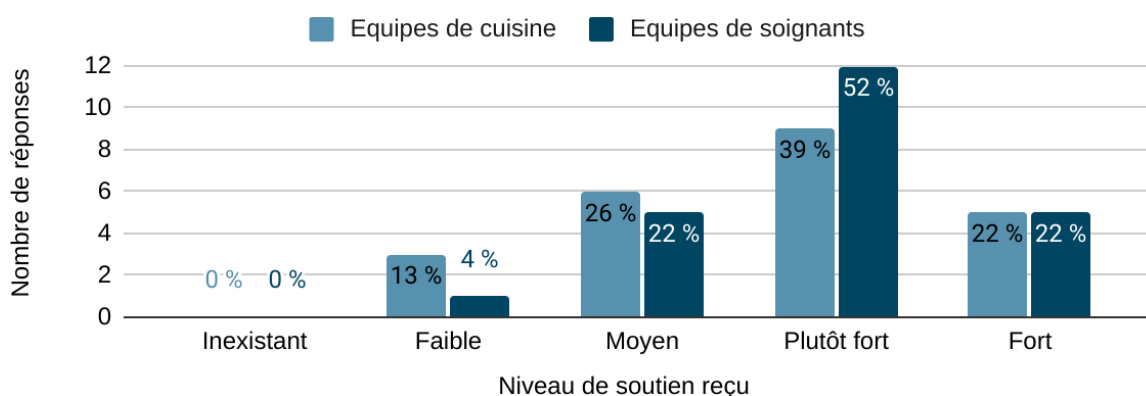
Les difficultés rencontrées par les équipes concernent la réalisation des tests de texture (65%, n=15), la mémorisation des descriptions (niveaux, libellés, code couleur) de l'IDDSI (43 %, n=10), ou encore la compréhension du diagramme et du projet IDDSI (17 %, n=4). Les difficultés compromises avec les équipes de restauration, la réticence au changement et le manque de temps sont également mentionnés.

L'IDDSI est reçu de manières très différentes et nuancées selon les équipes et les établissements. Ainsi, 30 % (n=7) des répondants qualifient l'accueil réservé à l'IDDSI comme positif, 22 % (n=5) le qualifient de négatif, et pour 26 % (n=6) il est neutre. Les professionnels sondés rapportent une réticence initiale de la part des équipes qui finissent toutefois par accepter le dispositif une fois le déploiement réalisé (n=4). Un manque d'implication de la part des équipes de restauration, pour lesquelles la transition est parfois difficile, est également soulevé (n=3). D'autres répondants mentionnent un bon investissement dans le projet mais uniquement de la part des professionnels s'impliquant dans le déploiement (n=2).

Le soutien reçu par les équipes de restauration existe, il est jugé fort pour 22 % des sondés, plutôt fort pour 39 %, moyen pour 26 %, et faible pour les 13 % restants. Le soutien des autres professionnels de santé dans l'établissement est estimé fort pour 22 % des répondants, plutôt fort pour 52 % soit plus de la moitié des répondants, moyen pour 22 % et faible pour les 4 % restants. Ces données sont regroupées sur la Figure 2.

Figure 2

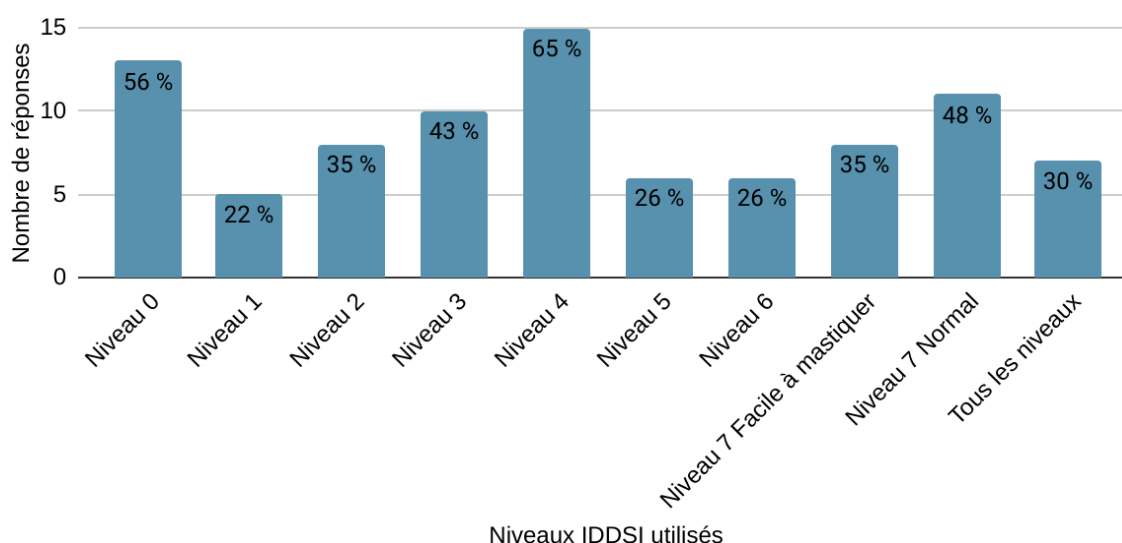
Soutien reçu par les équipes de cuisine et de soignants



Concernant le détail des niveaux de l'IDDSI utilisés et des tests standardisés, 65 % (n=15) disent n'utiliser que les niveaux du diagramme et leurs descriptions, tandis qu'un établissement n'utilise que les tests standardisés. Les 30 % restants (n=7) utilisent à la fois les niveaux du diagramme, leurs descriptions et les tests standardisés. Cependant, les établissements n'utilisent pas tous la totalité des textures du diagramme : seulement 30 % indiquent utiliser tous les niveaux. Les niveaux intermédiaires (3 et 4) ainsi que ceux aux extrémités du diagramme (0 et 7) sont les plus employés, comme illustré par la Figure 3 ci-dessous.

Figure 3

Utilisation des niveaux IDDSI



Les raisons justifiant l'utilisation d'un nombre restreint de niveaux sont multiples : manque de formation du personnel (17 %), niveaux actuels jugés suffisants pour la prise en soin de la population concernée (17 %), niveau d'implication et temps nécessaire à la modification des textures trop important et manque de personnel (4 %).

3.2.2 Établissements à mise en œuvre officielle (Groupe 2)

Les répondants du groupe 2 (n=31) n'ont pas de mise en œuvre officielle car elle est jugée trop compliquée dans 58% (n=18) des cas, ou n'a pas été discutée avec les responsables pour 19 % (n=6). Pour 38 % restants (n=12), les réponses divergent : la mise en œuvre officielle est actuellement envisagée dans l'attente de formations ou modifications administratives (n=7), seuls les liquides respectent la terminologie IDDSI dans l'établissement (n=2), ou bien avec une occurrence chacun, l'IDDSI n'est pas assez connu, il n'y a pas assez de patients concernés par chaque adaptation de texture, ou aucun financement n'existe pour former les équipes à l'IDDSI. Concernant l'utilisation des outils IDDSI, 68 % (n=21) des répondants du groupe 2 n'utilisent que les niveaux du diagramme et

leurs descriptions, un utilise exclusivement les tests de l'IDDSI, et les 29 % restants (n=9) emploient les deux conjointement.

Dans ces établissements où l'IDDSI utilisé de manière individuelle, il l'est dans 64 % des cas (n=20) par un autre orthophoniste, 48 % (n=15) par un diététicien, 16 % (n=5) un infirmier et 16 % (n=5) un aide-soignant. Les 16 % restants (n=5) mentionnent d'autres professionnels de restauration et de soin. Dans 13 % des cas (n=4), aucun autre professionnel n'utilise l'IDDSI dans l'établissement à part l'orthophoniste sondé.

3.2.3 Établissements sans mise en œuvre ou abandonnée (Groupe 3)

Parmi les répondants du Groupe 3 (n=7), un orthophoniste déclare que son établissement a abandonné le projet de mise en œuvre par manque d'implication des équipes de soignants et de restauration, et par absence de mise en place de groupe de travail spécifique sur l'IDDSI. Les professionnels à l'initiative de cette mise en œuvre étaient un diététicien ainsi qu'un ou plusieurs membres de l'équipe d'orthophonie.

Les deux orthophonistes exerçant dans un établissement où la mise en œuvre n'est pas envisagée évoquent la complexité de prise en main, la difficulté de transmission et de formation aux aidants, d'accès aux ressources matérielles, de compréhension de l'IDDSI ou encore des raisons financières.

3.3 Formation des soignants et professionnels de la restauration

3.3.1 Établissements à mise en œuvre officielle (Groupe 1)

Parmi les 23 orthophonistes concernés, 70 % (n=16) indiquent avoir réalisé des ateliers pratiques à destination des équipes, 60 % (n=14) ont diffusé des documents écrits, 17 % (n=4) leur ont demandé de s'auto-former grâce au site internet de l'IDDSI. Deux répondants se sont formés en présentiel et un s'est basé sur les vidéos provenant du compte YouTube officiel de l'IDDSI. Enfin, 17 % (n=4) ne savent pas quelles formations ont été données et 2 répondants disent ne pas avoir proposé de formation. Les 17 % restants (n=4) mentionnent une diffusion de l'information oralement lors des transmissions des services, des informations annuelles transmises aux équipes soignantes, une diffusion aux médecins, cadres de soin, soignants et rééducateurs sans préciser les moyens, ou le sujet étant en cours de discussion. Par ailleurs, 17 % (n=4) des répondants disent que le personnel pas ou peu formé est l'une des raisons derrière la mise en œuvre d'un nombre restreint de niveaux. Le détail des réponses se trouve en Figure 4.

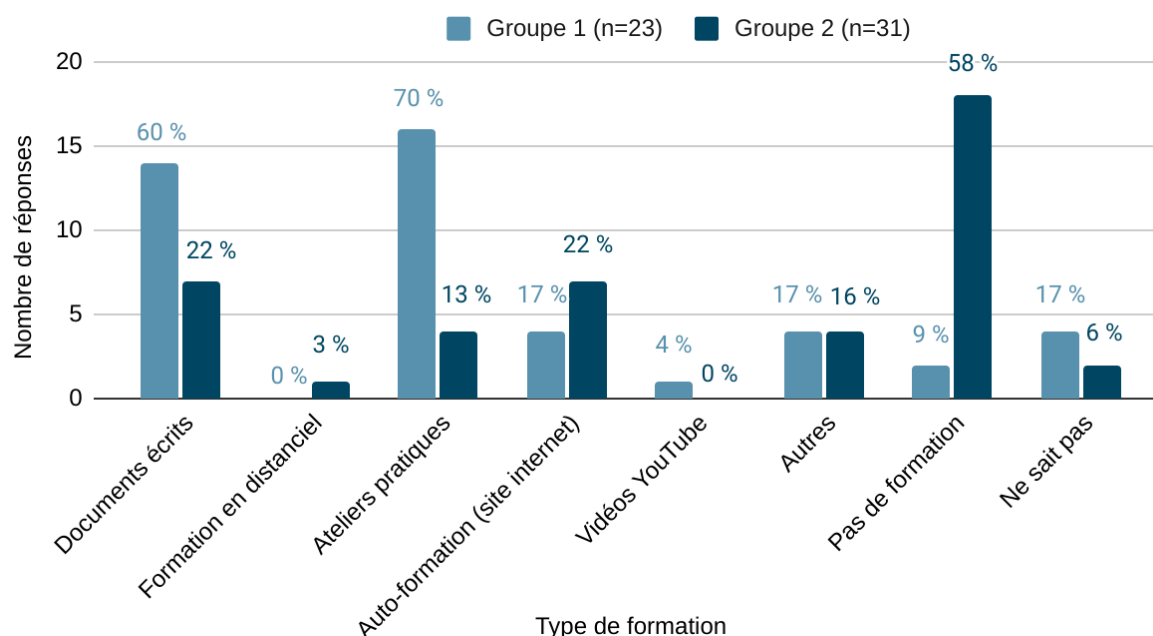
3.3.2 Établissements à mise en œuvre officieuse (Groupe 2)

Pour les 31 répondants du groupe 2, 6 % (n=2) estiment que la mise en œuvre n'est pas officielle en raison de l'absence de financement des formations.

Concernant la formation donnée aux professionnels, pour 58 % (n=18), aucune formation n'a été dispensée. Pour les autres, cela s'est principalement fait à l'aide de la diffusion de documents écrits (22 %), d'auto-formation à l'aide du site internet de l'IDDSI (22 %) et d'ateliers pratiques (13 %). Le détail des réponses se trouve en Figure 4 ci-dessous.

Figure 4

Formations dispensées aux professionnels selon les groupes



Concernant la ou les personnes responsables de la formation des professionnels, dans 64 % des cas (n=20) les répondants ont coché ne pas être concernés puisqu'aucune formation n'était dispensée dans leur établissement. Pour les autres il s'agit majoritairement d'un ou plusieurs membres de l'équipe d'orthophonie (n=9), ou du diététicien (n=1). Deux répondants ne savent pas répondre.

3.3.3 Établissements sans mise en œuvre ou abandonnée (Groupe 3)

Dans les deux établissements où l'IDDSI n'est pas envisagé, les difficultés de formation des aidants constituent un obstacle au déploiement officiel. Dans l'établissement où la mise en œuvre a été abandonnée (n=1), l'orthophoniste aurait aimé avoir davantage de formation théorique en ligne et/ou en présentiel, ainsi que des ateliers pratiques.

3.4 Soutien institutionnel

3.4.1 Établissements à mise en œuvre officielle (Groupe 1)

Le soutien reçu de l'équipe de direction est jugé fort par 26 % des orthophonistes sondés (n=6), plutôt fort pour 22 % (n=5), moyen pour 26 % (n=6), faible pour 22 % (n=5), et absent pour 4 % (n=1). Pour 43 % des orthophonistes (n=10), le coût financier n'est pas un obstacle à la mise en œuvre. En revanche, il constitue un obstacle moindre pour 17 % des

répondants, (n=4), moyen pour 30 % (n=7), important pour 4 % (n=1), et majeur pour les 4% restants (n=1).

Dans les établissements où l'utilisation du diagramme et des niveaux est partielle, 7 % des répondants (n=2) estiment que la raison est financière.

3.4.2 Établissements à mise en œuvre officielle (Groupe 2)

L'absence de déploiement officiel est expliquée par l'absence de financement pour former les équipes (n=1) et le manque de rentabilité car les adaptations de texture ne concernent qu'un petit nombre de patients (n=2).

3.4.3 Établissements sans mise en œuvre ou abandonnée (Groupe 3)

Dans les établissements où la mise en œuvre n'est pas envisagée (n=2), les raisons financières sont également mentionnées.

IV Discussion

Cette section replace le contexte de l'étude en rappelant les précédentes étapes réalisées, puis propose une analyse des résultats à la lumière de la littérature. Enfin, les limites et perspectives de ce travail seront abordées, ainsi que l'apport pour la pratique de l'orthophonie.

1. Contexte de l'étude

Le présent travail avait pour objectif d'identifier les facteurs facilitateurs et les obstacles à la mise en œuvre de l'IDDSI en institution, au travers d'un sondage à destination des orthophonistes. L'hypothèse principale était que la présence de certains éléments constitue un facteur facilitateur, et qu'à l'inverse leur absence représente un obstacle. Parmi eux se trouvaient : l'accessibilité et disponibilité des ressources IDDSI, la connaissance et maîtrise qu'en ont les professionnels, leur intérêt pour la dysphagie et les adaptations de texture, l'avis qu'ils portent sur l'IDDSI, la collaboration pluriprofessionnelle, le soutien institutionnel, la formation des soignants, et la présence d'un nombre suffisant d'orthophonistes et soignants en institution.

2. Analyse des résultats

2.1 Présence et utilisation des ressources IDDSI

2.1.1 Accessibilité et disponibilité des ressources

L'IDDSI est un projet récent, évolutif et encore assez méconnu des orthophonistes sur le territoire français (Chevoir & Devillard, 2023), ce qui suppose que les professionnels qui l'utilisent ont besoin d'accéder à des ressources afin de s'y former, approfondir leurs

connaissances et mieux maîtriser ces outils. En effet, 98 % des répondants au questionnaire affirment avoir consulté des ressources sur l'IDDSI présentées sous plusieurs formes et sur diverses plateformes, ce qui témoigne d'un besoin important d'accès à ces ressources. Cela confirme les résultats de Chevoir et Devillard (2023). Cependant, il reste difficile de conclure à l'impact de la consultation de ressources sur le statut de la mise en œuvre de l'IDDSI, puisque la quasi-totalité des répondants est concernée, quelle que soit l'avancée de la mise en œuvre dans leur établissement.

Au-delà de l'accès et de la disponibilité, se pose la question de la nature et du nombre de ces ressources afin de déterminer si elles sont suffisantes et répondent aux besoins des utilisateurs. Des répondants déplorent en effet l'absence de documents simplifiés à destination du personnel ou des aidants, comme des fiches récapitulatives ou des livres de recettes, mais mentionnent aussi la difficulté à s'approvisionner en seringues, qui permettent la réalisation de tests (Cichero et al., 2017). L'absence de ces éléments mais aussi d'outils matériels est perçue comme un obstacle au bon déroulement de la mise en œuvre, et fait partie des pistes d'améliorations possibles citées afin de rendre l'IDDSI plus abordable pour tous les publics, même non initiés.

2.1.2 Connaissance et aisance d'utilisation

La découverte de l'IDDSI pour les orthophonistes s'est faite le plus fréquemment au cours de leur formation initiale (cours, stages, lectures). Pourtant, les trois quarts des répondants indiquent ne pas avoir reçu d'enseignement spécifique sur l'IDDSI en formation initiale : cela peut s'expliquer en partie par le fait que 39 % des répondants ont obtenu leur diplôme avant la parution de la traduction française des outils (Ruglio et al., 2017).

En revanche, il est possible d'observer une forte volonté de se former puisque 75 % des répondants ont suivi des formations continues sur l'IDDSI après leur diplôme. Pour plus de la moitié, cette formation a lieu en autonomie en consultant le site internet, et seulement 23% disent avoir suivi des ateliers pratiques, ce qui questionne quant à l'efficacité des auto-formations et au nombre et moyens de formations disponibles. En effet, d'après Rule et al. (2020) si l'auto-apprentissage augmente bien les connaissances sur l'IDDSI, il n'entraîne pas pour autant d'amélioration de l'utilisation des outils dans la pratique clinique. Par ailleurs, selon Grol et Grimshaw (2003), l'adoption de nouvelles lignes directrices cliniques passe souvent par l'analyse de données synthétisées et regroupées sous divers formats tels que des revues médicales, des formations ou des conférences, le tout adressé aux professionnels, mais il est rare que cela soit suffisant pour l'implémentation d'un nouveau système. De plus gros changements à large échelle sont ainsi généralement nécessaires pour l'adoption fluide et harmonieuse d'un nouveau cadre de référence.

Paradoxalement, la majorité des répondants estime utiliser avec une relative aisance les outils IDDSI. En comparant avec les résultats de Chevoir et Devillard (2023), le sentiment de compétence est également plutôt élevé chez les orthophonistes exerçant en institution. Les orthophonistes ont ainsi un sentiment global de compétence même si cela reste perfectible, et les résultats montrent également leur volonté de s'inscrire dans une démarche respectant les principes de l'*EBP* (*Evidence Based Practice*) en actualisant leurs connaissances (Turner et al., 2008).

2.2 Appréciation et critique de l'IDDSI par les orthophonistes

2.2.1 Lien entre IDDSI et intérêt porté à la dysphagie et aux adaptations de texture

Les troubles de la déglutition font partie de la maquette de formation des orthophonistes, c'est pourquoi il n'est pas surprenant de voir que la quasi totalité des répondants a reçu un enseignement sur la dysphagie en formation initiale. Pour ceux n'en ayant pas reçu, cela pourrait être dû à une formation initiale étrangère, comme en Belgique, ou à l'obtention du diplôme avant l'ajout des troubles de la déglutition à la maquette. Ils sont ensuite 70 % à avoir poursuivi leur apprentissage en suivant des formations continues sur la dysphagie, ce qui témoigne d'un fort intérêt pour ce domaine et corrobore les résultats obtenus puisque les répondants ont estimé leur intérêt pour la dysphagie comme élevé, voire très élevé. L'intérêt porté aux adaptations de texture, bien que légèrement moins important, reste élevé lui aussi. Si l'ensemble de ces données est corrélé à la connaissance des outils de l'IDDSI (Chevoir & Devillard, 2023), il n'est cependant pas possible d'affirmer qu'elles influencent le statut de la mise en œuvre de l'IDDSI comme l'hypothèse avait été émise. Il semblerait que les variations inter-individuelles des orthophonistes en lien avec la dysphagie et les adaptations de texture ne soient pas suffisantes pour affecter la mise en œuvre, et que son statut dépende donc d'autres facteurs. Une mise en œuvre ne repose en effet pas uniquement sur l'action individuelle des professionnels, mais sur un ensemble d'éléments prenant en compte les différents acteurs, l'environnement, les ressources et l'organisation globale autour de ce projet d'implémentation (Grol & Grimshaw, 2003; Solberg, 2000).

2.2.2 Regard porté sur l'IDDSI

L'un des objectifs de l'IDDSI est d'améliorer la sécurité des patients et la qualité des soins, en proposant une terminologie uniformisée facilitant les échanges et donc inéluctablement en faisant évoluer le domaine de la dysphagie (Cichero et al., 2013). L'avis des orthophonistes est en accord avec ces principes puisqu'ils s'accordent dans leur majorité pour dire que l'IDDSI constitue un apport positif pour les patients, améliore la qualité des soins, et facilite la communication intra et inter-établissement.

Plus de la moitié des répondants juge néanmoins que le projet est difficile à mettre en pratique, ce qui signifie qu'il y aurait des améliorations possibles quant à la compréhensibilité et praticabilité des outils et ressources. Parmi ces améliorations, le manque de formations et de ressources disponibles est souligné en priorité. Dans la littérature, il est démontré que, pour être adopté par des professionnels, un nouveau cadre de référence doit être perçu comme pertinent ou utile. La clarté, qualité et complexité du projet jouent donc un rôle important dans le déploiement, et peuvent constituer un frein à la mise en œuvre (Stergiou-Kita, 2010).

2.3 Impact institutionnel et des autres professionnels utilisant l'IDDSI

2.3.1 *Présence suffisante des orthophonistes et professionnels en institution*

Il apparaît que les orthophonistes sont les principaux professionnels porteurs de l'IDDSI en institution, aussi bien concernant l'initiative de mise en œuvre que la dispense de formation pour les autres professionnels. Il ressort de la littérature que les professionnels les plus impliqués dans les adaptations de texture (orthophonistes et diététiciens) sont plus à même d'utiliser la terminologie que ceux étant moins concernés (infirmiers, aide-soignants et équipes de restauration) (Jukes et al., 2012; Kortteisto et al., 2010). En accord avec Wu et al. (2022b), ces observations amènent à penser que l'absence d'orthophoniste dans les établissements constitue un frein à la mise en œuvre de l'IDDSI, et plus globalement, le manque de personnel et de professionnels constitue un obstacle à la mise en œuvre. C'est en effet la volonté des professionnels qui porte le projet (Lam et al., 2017), d'où l'importance d'avoir un large éventail de personnes impliquées. La rotation du personnel peut donc aussi constituer un frein, puisque cela complique la transmission d'informations et la formation des soignants, comme le rappellent Jukes et al. (2012).

2.3.2 *Importance de la collaboration pluriprofessionnelle*

La collaboration pluriprofessionnelle est un pilier fondamental de toute mise en œuvre (Jukes et al., 2012). Toutefois, les résultats de notre étude montrent une réticence de la part des professionnels à adopter la nouvelle terminologie, un accueil du projet le plus souvent défavorable chez les personnes qui n'en sont pas à l'initiative, et une absence de coopération globale entre les acteurs. La difficile collaboration avec les équipes de restauration est fréquemment citée comme un obstacle : beaucoup ne se sentent pas concernés de prime abord par les adaptations de texture, et ne voient pas toujours l'intérêt de déployer l'IDDSI quand une terminologie locale est déjà en place. C'est pourquoi il est important d'impliquer un maximum de professionnels dans le processus de déploiement, et de les y intégrer dès le départ (Lam et al., 2017). Cela permet de les rendre actifs et de les aider à visualiser leur rôle dans ce déploiement, chose qui peut ne pas être claire en premier

lieu et qui fait que les professionnels ne se sentent pas concernés (Evans-Lacko et al., 2010; Kortteisto et al., 2010). Grol et Grimshaw (2003) montrent en effet que chacun devient acteur du changement lorsqu'il est confronté à un problème dans sa pratique, et que cela devient alors un moteur du changement, c'est pourquoi il paraît cohérent d'inclure au projet de mise en œuvre la totalité des professionnels impliqués dans la prise en soin de patients ayant des adaptations de textures alimentaires.

2.3.3 Absence de formations centrées sur l'IDDSI

Le manque de formations sur l'IDDSI a souvent été identifié par les répondants comme une lacune du projet. Lorsqu'il s'agit des formations qui ont été données aux professionnels de l'établissement, la dyade « ateliers pratiques et diffusion de documents écrits » apparaît comme la plus utilisée dans le cadre de mises en œuvre officielles. Les formations théoriques, bien qu'utiles, semblent moins efficaces que les ateliers pratiques dans le cadre d'une mise en œuvre (Grol & Grimshaw, 2003; Solberg, 2000). Dans les établissements où le déploiement est officieux, plus de la moitié des répondants rapportent une absence stricte de formation pour les professionnels et des difficultés à en mettre en place lorsque cela est envisagé. Au vu de ces observations, il est donc possible de dire que le manque de formations pratiques pour tous les groupes de professionnels constitue un réel obstacle au déploiement de l'IDDSI, ce qui corrobore les données préexistantes à ce sujet (Chevoir & Devillard, 2023; Wu et al., 2022a).

2.3.4 Rôle du soutien institutionnel

L'institution est un partenaire indispensable, faute de quoi la mise en œuvre ne peut acquérir le statut d'officielle. Le soutien de l'équipe de direction varie beaucoup selon les établissements. Lam et al. (2017) ont montré qu'une implication active de l'établissement facilite la mise en œuvre et le changement, et s'accompagne communément d'une modification de l'environnement : présence de l'IDDSI sous différentes formes et dans des lieux-clefs afin d'en augmenter la visibilité (logiciels informatiques, espace santé des patients, plateaux repas), formations à destination des professionnels, test des textures en cuisine... Dans les équipes ayant reçu un faible soutien institutionnel, ces éléments manquent et cette absence est identifiée par les répondants comme un élément freinant la mise en œuvre. Ainsi, sans ces changements dont l'institution est à l'origine, il semble que le déploiement de l'IDDSI est grandement ralenti.

De même, l'aspect financier et son impact sur le déploiement n'est pas à négliger. Le manque de budget alloué au déploiement de l'IDDSI est cité à plusieurs reprises par les répondants comme un frein notable. Ceci confirme les observations de Jukes et al. (2012)

pour qui la présence de limites budgétaires impose un choix des lignes de conduite à adopter parmi toutes celles recommandées.

Enfin, l'appartenance de l'institution à une collectivité ou un plus large groupe influence aussi le déploiement, tout comme la taille de l'établissement (Feder et al., 1999; Lam et al., 2017). En effet, les répondants estiment qu'il est plus facile de déployer l'IDDSI dans un petit établissement que dans une grande structure, et que les collectivités peuvent être parfois réfractaires à la mise en œuvre. Les institutions ont donc un rôle fondamental dans le déploiement de l'IDDSI.

3. Limites et perspectives

3.1 Limites de l'étude

Plusieurs limites sont identifiables dans cette étude, à commencer par la taille de l'échantillon. Selon Berthier (2016), un échantillon n'est considéré comme significatif qu'à partir de 100 réponses collectées, or la population totale de cette étude est composée de 61 répondants. Bien qu'elle se veuille initialement représentative de la population d'orthophonistes salariés exerçant auprès d'une population dysphagique en France, son faible effectif de répondants ne permet pas de généraliser les conclusions. Par ailleurs, les trois groupes de répondants ne sont pas équivalents : les groupes 1 et 2 sont surreprésentés en comparaison au groupe 3, pour lequel les analyses sont donc moins significatives.

Il existe également un biais de recrutement car l'échantillon est composé d'orthophonistes ayant un attrait pour la dysphagie, puisque le questionnaire a majoritairement été diffusé sur des groupes dédiés à l'IDDSI ou la dysphagie, et qu'ils exercent en institution dans ce domaine. Cela constitue donc un biais sur certaines questions leur ayant été posées, notamment concernant leur intérêt pour la dysphagie qui, dès lors, sera très certainement élevé.

La présence d'un grand nombre de questions fermées dans le questionnaire représente un biais méthodologique : les réponses proposées peuvent influencer le répondant, c'est pourquoi une case « Autre » a été ajoutée dès que cela était possible. L'utilisation d'un plus grand nombre de questions ouvertes aurait permis une analyse plus fine de l'avis des répondants, cependant ce choix n'a pas été retenu lors de la création du questionnaire pour une plus grande facilité de traitement des réponses.

La présence d'échelles de Likert allant de 1 à 5 constitue également un biais méthodologique, puisque le nombre de réponses possibles est impair et que l'échelon « 3 » intermédiaire peut donc servir de réponse neutre aux répondants, en comparaison à une échelle en quatre points qui les aurait amenés à prendre position.

Enfin, un biais majeur se trouve dans la comparaison à la littérature. Comme cela était déjà le cas pour la toute première étude ciblant l'IDDSI en France (Chevoir & Devillard, 2023) et étant donné que l'IDDSI est un projet récent, la présence limitée d'autres travaux sur le sujet a constitué un frein pour la comparaison de données, particulièrement avec des études réalisées sur le déploiement de l'IDDSI en France.

3.2 Apports et perspectives de cette recherche

Ce travail a mis en évidence un besoin important de formation sur l'IDDSI et ses outils, pour tous les professionnels impliqués dans son utilisation. En particulier, les équipes de restauration semblent être peu au fait des bénéfices apportés par la mise en œuvre de l'IDDSI, et donc réticentes au changement. La confrontation à un élément perturbateur dans la pratique étant un vecteur du changement (Grol & Grimshaw, 2003), il semble pertinent de proposer davantage de formations à ces professionnels et donc faciliter la collaboration pluriprofessionnelle et le déploiement de l'IDDSI.

Les trois groupes de répondants n'étant pas équivalents en nombre dans cette étude, il serait aussi intéressant de la répliquer à plus grande échelle afin d'obtenir un échantillon plus représentatif de la population d'orthophonistes salariés exerçant auprès d'une population dysphagique en France, et d'augmenter le niveau de preuves. De plus, elle pourrait être élargie aux autres groupes utilisant l'IDDSI (équipes de soignants, équipes de restauration, et équipes de direction) puisqu'il a été montré que le déploiement reposait sur un grand nombre de professionnels. Il semble donc intéressant de questionner les autres acteurs de ce déploiement sur les éléments facilitateurs et obstacles qu'ils pourraient identifier. Une poursuite de ce travail serait également envisageable en approfondissant du côté des aidants, qui peuvent être présents au quotidien et être responsables de la préparation des repas, ou des patients pour qui l'IDDSI peut être intégré à l'éducation thérapeutique.

Cette étude se place dans la continuité du travail de Chevoir et Devillard (2023) et part de leurs conclusions pour apporter de nouvelles données sur l'IDDSI et son déploiement à l'échelle française. De manière générale, ce travail montre que l'IDDSI est encore loin d'être uniformément adopté sur le territoire, en dépit des enjeux pourtant bien documentés liés aux troubles de la déglutition et à l'absence de consensus des appellations de textures adaptées (Cichero et al., 2013; Garcia & Chambers, 2010; Newman et al., 2016; Steele et al., 2015). Il semble donc important de poursuivre les études et travaux sur l'IDDSI, afin de continuer à sensibiliser et faire connaître ce projet auprès des professionnels pour qu'ils l'intègrent à leur pratique clinique.

V Conclusion

L'IDDSI est né du constat qu'il n'existe pas de consensus concernant les appellations et descriptions des adaptations de texture proposées aux personnes souffrant de dysphagie. Ce projet propose une standardisation internationale, prenant la forme d'une classification des boissons et aliments, que les orthophonistes exerçant en France connaissent encore mal. L'étude de sa mise en œuvre dans les établissements sanitaires et médico-sociaux visait à en identifier les facteurs facilitants et les obstacles, en interrogeant les orthophonistes, acteurs majeurs du projet. Il ressort de cette étude que l'accès aux ressources IDDSI, la connaissance des outils, et l'intérêt pour la dysphagie et les adaptations de texture ne paraissent pas influencer seuls le statut de la mise en œuvre puisqu'ils constituent des éléments présents chez tous les répondants, quel que soit le statut de la mise en œuvre dans leur établissement. De la même manière, l'avis porté sur le projet apparaît être un élément important : il pousse ou non au changement selon qu'il est positif ou négatif, mais reste insuffisant pour modifier seul le statut de la mise en œuvre. En revanche, d'autres éléments apparaissent comme des freins clairs au déploiement lorsqu'ils sont insuffisamment présents ou même absents. C'est le cas de la présence d'orthophonistes en institution, de la collaboration pluriprofessionnelle, de la disponibilité de formations sur l'IDDSI, et du soutien institutionnel. L'absence de ces facteurs est citée par les orthophonistes comme un obstacle à la mise en œuvre, alors qu'à l'inverse, leur présence est perçue comme facilitant grandement la mise en œuvre. Cette étude a donc permis d'extraire de la pratique clinique orthophonique des éléments qui pourraient être utilisés par chaque établissement souhaitant mettre en œuvre l'IDDSI. Les personnes à l'initiative de la mise en œuvre dans ces établissements pourraient ainsi identifier les éléments risquant de rendre le déploiement plus difficile, et renforcer ceux qui le facilitent. Il serait intéressant de poursuivre ce travail sur l'IDDSI en France, en reproduisant l'étude auprès d'une plus grande population, ou en ciblant un autre groupe de personnes, comme les professionnels des équipes de cuisine ou les aidants par exemple. La récurrence du projet rend la comparaison avec des données issues d'études françaises encore difficile ; c'est pourquoi même si l'IDDSI gagne peu à peu en visibilité, il est important de continuer les recherches sur le sujet. Cela permet d'obtenir un meilleur aperçu de la réalité de terrain concernant son implémentation en France, et donc de mieux en cerner les aspects clefs afin de faciliter son déploiement. Il semble en effet d'une importance capitale de sensibiliser les orthophonistes à l'utilisation d'outils améliorant leur intervention et pratique clinique, notamment dans la prise en soins des troubles de la déglutition, qui reste un élément essentiel à aborder en raison des nombreux risques auxquels les patients sont confrontés.

VI Références

- Allen, J. E., White, C. J., Leonard, R. J., & Belafsky, P. C. (2010). Prevalence of penetration and aspiration on videofluoroscopy in normal individuals without dysphagia. *Otolaryngology–Head and Neck Surgery*, 142(2), 208-213.
<https://doi.org/10.1016/j.otohns.2009.11.008>
- Attrill, S., White, S., Murray, J., Hammond, S., & Doeltgen, S. (2018). Impact of oropharyngeal dysphagia on healthcare cost and length of stay in hospital : A systematic review | BMC Health Services Research | Full Text. *BMC Health Services Research*, 18(594).
<https://bmchealthservres.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12913-018-3376-3>
- Aviv, J. E., Liu, H., Kaplan, S. T., Parides, M., & Close, L. G. (2000). Laryngopharyngeal Sensory Deficits in Patients with Laryngopharyngeal Reflux and Dysphagia. *Annals of Otolaryngology, Rhinology & Laryngology*, 109(11), 1000-1006.
<https://doi.org/10.1177/000348940010901103>
- Belafsky, P. C. (2020, juin 10). *What is the true definition of dysphagia?* 2020 Swallowing Disorders Awareness Virtual Symposium.
- Bentzen, N. (2003). *Dictionary of General Practice Primary Health Care Classification Consortium—WICC WONCA* (Månedsskrift for Praktisk Lægegerning). Wonca International Classification Committee.
http://www.ph3c.org/4daction/w3_CatVisu/en/wonca-dictionary-of-general/family-practice.-2003.html?wDocID=92
- Berthier, N. (2016). *Les techniques d'enquête en sciences sociales : Méthodes et exercices corrigés*. Armand Colin.
- Brooks, L., Liao, J., Ford, J., Harmon, S., & Breedveld, V. (2022). Thickened Liquids Using Pureed Foods for Children with Dysphagia : IDDSI and Rheology Measurements. *Dysphagia*, 37(3), 578-590. <https://doi.org/10.1007/s00455-021-10308-1>
- Bülöw, M., Olsson, R., & Ekberg, O. (2003). Videoradiographic Analysis of How Carbonated Thin Liquids and Thickened Liquids Affect the Physiology of Swallowing in Subjects

- with Aspiration on Thin Liquids. *Acta Radiologica*, 44(4), 366-372.
<https://doi.org/10.1080/j.1600-0455.2003.00100.x>
- Butler, S. G., Stuart, A., Markley, L., & Rees, C. (2009). Penetration and aspiration in healthy older adults as assessed during endoscopic evaluation of swallowing. *The Annals of Otolaryngology, Rhinology, and Laryngology*, 118(3), 190-198.
<https://doi.org/10.1177/000348940911800306>
- Carrau, R. L., & Murry, T. (2000). Evaluation and management of adult dysphagia and aspiration. *Current Opinion in Otolaryngology & Head and Neck Surgery*, 8(6), 489.
- Chevoir, A., & Devillard, A. (2023). *État des lieux des connaissances et de l'utilisation de l'IDDSI par les orthophonistes*. Sorbonne Université.
- Cichero, J. A. Y. (2013). Thickening agents used for dysphagia management : Effect on bioavailability of water, medication and feelings of satiety. *Nutrition Journal*, 12(1), Art. 1. <https://doi.org/10.1186/1475-2891-12-54>
- Cichero, J. A. Y., & Altman, K. W. (2012). Definition, prevalence and burden of oropharyngeal dysphagia : A serious problem among older adults worldwide and the impact on prognosis and hospital resources. *Nestle Nutrition Institute Workshop Series*, 72, 1-11. <https://doi.org/10.1159/000339974>
- Cichero, J. A. Y., Lam, P., Steele, C. M., Hanson, B., Chen, J., Dantas, R. O., Duivesteyn, J., Kayashita, J., Lecko, C., Murray, J., Pillay, M., Riquelme, L., & Stanschus, S. (2017). Development of International Terminology and Definitions for Texture-Modified Foods and Thickened Fluids Used in Dysphagia Management : The IDDSI Framework. *Dysphagia*, 32(2), 293-314. <https://doi.org/10.1007/s00455-016-9758-y>
- Cichero, J. A. Y., Steele, C., Duivesteyn, J., Clavé, P., Chen, J., Kayashita, J., Dantas, R., Lecko, C., Speyer, R., Lam, P., & Murray, J. (2013). The Need for International Terminology and Definitions for Texture-Modified Foods and Thickened Liquids Used in Dysphagia Management : Foundations of a Global Initiative. *Current Physical Medicine and Rehabilitation Reports*, 1(4), 280-291.
<https://doi.org/10.1007/s40141-013-0024-z>

- Clavé, P., & Cichero, J. A. Y. (2012). *Stepping Stones to Living Well with Dysphagia*. Karger Medical and Scientific Publishers.
- Cot, F. (1996). *La dysphagie oro-pharyngée chez l'adulte*. Edisem.
- Décret n°2002-721 du 2 mai 2002 relatif aux actes professionnels et à l'exercice de la profession d'orthophoniste, 2002-721 (2002).
- Dodds, W. J., Hogan, W. J., Reid, D. P., Stewart, E. T., & Arndorfer, R. C. (1973). A comparison between primary esophageal peristalsis following wet and dry swallows. *Journal of Applied Physiology*. <https://doi.org/10.1152/jappl.1973.35.6.851>
- Dziewas, R., Michou, E., Trapl-Grundschober, M., Lal, A., Arsava, E. M., Bath, P. M., Clavé, P., Glahn, J., Hamdy, S., Pownall, S., Schindler, A., Walshe, M., Wirth, R., Wright, D., & Verin, E. (2021). European Stroke Organisation and European Society for Swallowing Disorders guideline for the diagnosis and treatment of post-stroke dysphagia. *European Stroke Journal*, 6(3), LXXXIX-CXV. <https://doi.org/10.1177/23969873211039721>
- East, L., Nettles, K., Vansant, A., & Daniels, S. K. (2014). Evaluation of Oropharyngeal Dysphagia With the Videofluoroscopic Swallowing Study. *Journal of Radiology Nursing*, 33(1), 9-13. <https://doi.org/10.1016/j.jradnu.2013.08.004>
- Ekberg, O., Hamdy, S., Woisard, V., Wuttge-Hannig, A., & Ortega, P. (2002). Social and psychological burden of dysphagia : Its impact on diagnosis and treatment. *Dysphagia*, 17(2), 139-146. <https://doi.org/10.1007/s00455-001-0113-5>
- Evans-Lacko, S., Jarrett, M., McCrone, P., & Thornicroft, G. (2010). Facilitators and barriers to implementing clinical care pathways. *BMC Health Services Research*, 10, 182. <https://doi.org/10.1186/1472-6963-10-182>
- Feder, G., Eccles, M., Grol, R., Griffiths, C., & Grimshaw, J. (1999). Using clinical guidelines. *BMJ*, 318(7185), 728-730. <https://doi.org/10.1136/bmj.318.7185.728>
- Foley, N. C., Martin, R. E., Salter, K. L., & Teasell, R. W. (2009). A review of the relationship between dysphagia and malnutrition following stroke. *Journal of Rehabilitation Medicine*, 41(9), 707-713. <https://doi.org/10.2340/16501977-0415>

- Gallaughier, A. R., Wilson, C.-L., & Daniels, S. K. (2013). Cerebro-Vascular Accidents and Dysphagia. In R. Shaker, P. C. Belafsky, G. N. Postma, & C. Easterling (Éds.), *Principles of Deglutition : A Multidisciplinary Text for Swallowing and its Disorders* (p. 381-394). Springer. https://doi.org/10.1007/978-1-4614-3794-9_26
- Garcia, J. M., & Chambers, E. I. (2010). Managing Dysphagia Through Diet Modifications. *AJN The American Journal of Nursing*, 110(11), 26.
<https://doi.org/10.1097/01.NAJ.0000390519.83887.02>
- Garon, B. R., Sierzant, T., & Ormiston, C. (2009). Silent Aspiration : Results of 2,000 Video Fluoroscopic Evaluations. *Journal of Neuroscience Nursing*, 41(4), 178.
<https://doi.org/10.1097/JNN.0b013e3181aaaade>
- 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>
- Girod-Roux, M. (2022). Déglutition après un AVC. In C. Sainson, C. Bolloré, & J. Trauchessec, *Neurologie et orthophonie : Prise en soin* (p. 384-398). De Boeck Supérieur.
- Grol, R., & Grimshaw, J. (2003). From best evidence to best practice : Effective implementation of change in patients' care. *The Lancet*, 362(9391), 1225-1230.
[https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(03\)14546-1](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(03)14546-1)
- Guatterie, M., & Lozano, V. (2005). Déglutition – Respiration, Couple fondamental et paradoxal. *Kinéréa*, 42(1).
- Haute Autorité de Santé. (2002). *Prise en charge initiale des patients adultes atteints d'accident vasculaire cérébral – Aspects paramédicaux*.
https://www.has-sante.fr/jcms/c_272250/fr/prise-en-charge-initiale-des-patients-adultes-atteints-d-accident-vasculaire-cerebral-aspects-paramedicaux
- Haute Autorité de Santé. (2007). *Accident vasculaire cérébral. Guide Médecin. Guide affection de longue durée*.

https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/07-042_traceur_guide-adl-avc.pdf

- Hill, R. J., Dodrill, P., Bluck, L. J. C., & Davies, P. S. W. (2010). A Novel Stable Isotope Approach for Determining the Impact of Thickening Agents on Water Absorption. *Dysphagia*, 25(1), 1-5. <https://doi.org/10.1007/s00455-009-9221-4>
- IDDSI. (s. d.-a). *IDDSI - Available Translations*. IDDSI - International Dysphagia Diet Standardisation Initiative. Consulté 27 février 2024, à l'adresse <https://iddsi.org/Translations/Available-Translations>
- IDDSI. (s. d.-b). *IDDSI - Resources*. IDDSI - International Dysphagia Diet Standardisation Initiative. Consulté 27 février 2024, à l'adresse <https://iddsi.org/Resources>
- JASP Team. (2024). *JASP* (0.18.3) [Logiciel].
- Joundi, R. A., Martino, R., Saposnik, G., Giannakeas, V., Fang, J., & Kapral, M. K. (2017). Predictors and Outcomes of Dysphagia Screening After Acute Ischemic Stroke | Stroke. *Stroke*, 48, 900-906.
- Jukes, S., Cichero, J. A. Y., Haines, T., Wilson, C., Paul, K., & O'Rourke, M. (2012). Evaluation of the uptake of the Australian standardized terminology and definitions for texture modified foods and fluids. *International Journal of Speech-Language Pathology*, 14(3), 214-225. <https://doi.org/10.3109/17549507.2012.667440>
- Kahrilas, P. J., Lin, S., Logemann, J. A., Ergun, G. A., & Facchini, F. (1993). Deglutitive tongue action : Volume accommodation and bolus propulsion. *Gastroenterology*, 104(1), 152-162. [https://doi.org/10.1016/0016-5085\(93\)90847-6](https://doi.org/10.1016/0016-5085(93)90847-6)
- Kleim, J. A., & Jones, T. A. (2008). Principles of Experience-Dependent Neural Plasticity : Implications for Rehabilitation After Brain Damage. *Journal of Speech, Language, and Hearing Research*, 51(1), 225-239. [https://doi.org/10.1044/1092-4388\(2008/018\)](https://doi.org/10.1044/1092-4388(2008/018))
- Kortteisto, T., Kaila, M., Komulainen, J., Mäntyranta, T., & Rissanen, P. (2010). Healthcare professionals' intentions to use clinical guidelines : A survey using the theory of planned behaviour. *Implementation Science: IS*, 5, 51. <https://doi.org/10.1186/1748-5908-5-51>

- Lam, P., Stanschus, S., Zaman, R., & Cichero, J. A. Y. (2017). The International Dysphagia Diet Standardisation Initiative (IDDSI) framework : The Kempen pilot. *British Journal of Neuroscience Nursing*, 13, S18-S26.
<https://doi.org/10.12968/bjnn.2017.13.Sup2.S18>
- Lefton-Greif, M. A., & McGrath-Morrow, S. A. (2007). Deglutition and respiration : Development, coordination, and practical implications. *Seminars in Speech and Language*, 28(3), 166-179. <https://doi.org/10.1055/s-2007-984723>
- Leopold, N. A., & Kagel, M. C. (1997). Dysphagia—Ingestion or deglutition? : A proposed paradigm. *Dysphagia*, 12(4), 202-206. <https://doi.org/10.1007/PL00009537>
- Leow, L. P., Huckabee, M.-L., Anderson, T., & Beckert, L. (2010). The Impact of Dysphagia on Quality of Life in Ageing and Parkinson's Disease as Measured by the Swallowing Quality of Life (SWAL-QOL) Questionnaire. *Dysphagia*, 25(3), 216-220.
<https://doi.org/10.1007/s00455-009-9245-9>
- Leslie, P., & Smithard, D. G. (2021). Is Dysphagia Under Diagnosed or is Normal Swallowing More Variable than We Think? Reported Swallowing Problems in People Aged 18–65 Years. *Dysphagia*, 36(5), 910-918.
<https://doi.org/10.1007/s00455-020-10213-z>
- Maeda, K., Ono, T., Otsuka, R., Ishiwata, Y., Kuroda, T., & Ohyama, K. (2004). Modulation of Voluntary Swallowing by Visual Inputs in Humans. *Dysphagia*, 19(1), 1-6.
<https://doi.org/10.1007/s00455-003-0023-9>
- Mancopes, R., Gandhi, P., Smaoui, S., & Steele, C. M. (2021). Which Physiological Swallowing Parameters Change with Healthy Aging? *OBM Geriatrics*, 5(1), Art. 1.
<https://doi.org/10.21926/obm.geriatr.2101153>
- Marik, P. E., & Kaplan, D. (2003). Aspiration Pneumonia and Dysphagia in the Elderly. *Chest*, 124(1), 328-336. <https://doi.org/10.1378/chest.124.1.328>
- Matsuo, K., & Palmer, J. B. (2008). Anatomy and physiology of feeding and swallowing : Normal and abnormal. *Physical Medicine and Rehabilitation Clinics of North America*, 19(4), 691-707, vii. <https://doi.org/10.1016/j.pmr.2008.06.001>

- Matta, Z., Chambers, E., Garcia, J. M., & Helverson, J. M. (2006). Sensory Characteristics of Beverages Prepared with Commercial Thickeners Used for Dysphagia Diets. *Journal of the American Dietetic Association*, 106(7), 1049-1054.
<https://doi.org/10.1016/j.jada.2006.04.022>
- Miller, A. J. (1982). Deglutition. *Physiological Reviews*.
<https://doi.org/10.1152/physrev.1982.62.1.129>
- Min, H. S., Shin, H., Yoon, C. H., Lee, E. S., Oh, M.-K., Lee, C. H., Hwang, S., & Byun, H. (2022). Effects of Carbonated Water Concentration on Swallowing Function in Healthy Adults. *Dysphagia*, 37(6), 1550-1559.
<https://doi.org/10.1007/s00455-022-10420-w>
- Newman, R., Vilardell, N., Clavé, P., & Speyer, R. (2016). Effect of Bolus Viscosity on the Safety and Efficacy of Swallowing and the Kinematics of the Swallow Response in Patients with Oropharyngeal Dysphagia : White Paper by the European Society for Swallowing Disorders (ESSD). *Dysphagia*, 31(2), 232-249.
<https://doi.org/10.1007/s00455-016-9696-8>
- Noh, H., Im, Y.-G., & Kim, B.-G. (2017). The Change of Salivary Flow Rate according to Olfactory Stimulation. *Journal of Oral Medicine and Pain*, 42(3), 62-71.
<https://doi.org/10.14476/jomp.2017.42.3.62>
- Park, T., Kim, Y., Ko, D.-H., & McCullough, G. (2010). Initiation and Duration of Laryngeal Closure During the Pharyngeal Swallow in Post-Stroke Patients. *Dysphagia*, 25(3), 177-182. <https://doi.org/10.1007/s00455-009-9237-9>
- Payne, C., Methven, L., Fairfield, C., Gosney, M., & Bell, A. E. (2012). Variability of Starch-Based Thickened Drinks for Patients with Dysphagia in the Hospital Setting. *Journal of Texture Studies*, 43(2), 95-105.
<https://doi.org/10.1111/j.1745-4603.2011.00319.x>
- Pedersen, A., Sørensen, C., Proctor, G., & Carpenter, G. (2018). Salivary functions in mastication, taste and textural perception, swallowing and initial digestion. *Oral Diseases*, 24(8), 1399-1416. <https://doi.org/10.1111/odi.12867>

- Prasse, J. E., & Kikano, G. E. (2009). An Overview of Pediatric Dysphagia. *Clinical Pediatrics*, 48(3), 247-251. <https://doi.org/10.1177/0009922808327323>
- Primum non nocere. (2023). In *Wikipédia*.
https://fr.wikipedia.org/w/index.php?title=Primum_non_nocere&oldid=206847089
- Rangarathnam, B., Kamarunas, E., & McCullough, G. H. (2014). Role of cerebellum in deglutition and deglutition disorders. *Cerebellum (London, England)*, 13(6), 767-776.
<https://doi.org/10.1007/s12311-014-0584-1>
- Reber, E., Gomes, F., Dähn, I. A., Vasiloglou, M. F., & Stanga, Z. (2019). Management of Dehydration in Patients Suffering Swallowing Difficulties. *Journal of Clinical Medicine*, 8(11), Art. 11. <https://doi.org/10.3390/jcm8111923>
- Reyes-Torres, C. A., Castillo-Martínez, L., Reyes-Guerrero, R., Ramos-Vázquez, A. G., Zavala-Solares, M., Cassis-Nosthas, L., & Serralde-Zúñiga, A. E. (2019). Design and implementation of modified-texture diet in older adults with oropharyngeal dysphagia : A randomized controlled trial. *European Journal of Clinical Nutrition*, 73(7), Art. 7.
<https://doi.org/10.1038/s41430-019-0389-x>
- Roden, D. F., & Altman, K. W. (2013). Causes of Dysphagia Among Different Age Groups : A Systematic Review of the Literature. *Otolaryngologic Clinics of North America*, 46(6), 965-987. <https://doi.org/10.1016/j.otc.2013.08.008>
- Rofes, L., Muriana, D., Palomeras, E., Vilardell, N., Palomera, E., Alvarez-Berdugo, D., Casado, V., & Clavé, P. (2018). Prevalence, risk factors and complications of oropharyngeal dysphagia in stroke patients : A cohort study. *Neurogastroenterology & Motility*, 30(8), e13338. <https://doi.org/10.1111/nmo.13338>
- Rogers, C. R. (1951). *Client-centered therapy*. Houghton Mifflin.
- Roopa, S., & Rani, M. (2012). Questionnaire Designing for a Survey. *Journal of Indian Orthodontic Society*, 46(4_suppl1), 273-277.
<https://doi.org/10.5005/jp-journals-10021-1104>
- Rosenbek, J. C., Robbins, J. A., Roecker, E. B., Coyle, J. L., & Wood, J. L. (1996). A penetration-aspiration scale. *Dysphagia*, 11(2), 93-98.

<https://doi.org/10.1007/BF00417897>

Ruglio, V. (2022). Déglutition en neurogériatrie. In C. Sainson, C. Bolloré, & J. Trauchessec, *Neurologie et orthophonie* (p. 326-342). De Boeck Supérieur.

Ruglio, V., Girod-Roux, M., Acher, A., & Lelievre, C. (2017). *Projet IDDSI pour une standardisation internationale des textures adaptées aux dysphagies. Traduction française des outils de l'IDDSI 2015*. 271, 191-217.

Ruglio, V., Girod-Roux, M., & ERU 42 LURCO (Laboratoire UNADREO de Recherche Clinique en Orthophonie). (2022, juin). *IDDSI 2.0—Traduction française harmonisée*.

Rule, D. W., Kelchner, L., Mulkern, A., Couch, S., Silbert, N., & Welden, K. (2020). Implementation Strategies for the International Dysphagia Diet Standardisation Initiative (IDDSI), Part I : Quantitative Analysis of IDDSI Performance Among Varied Participants. *American Journal of Speech-Language Pathology*, 29(3), 1514-1528.
https://doi.org/10.1044/2020_AJSLP-19-00012

Ryan, C., & Hummel, T. (2013). Gustation, Olfaction, and Deglutition. In R. Shaker, P. C. Belafsky, G. N. Postma, & C. Easterling (Éds.), *Principles of Deglutition : A Multidisciplinary Text for Swallowing and its Disorders* (p. 19-24). Springer.
https://doi.org/10.1007/978-1-4614-3794-9_2

Salle, J.-Y., Lissandre, J.-P., Morizio, A., Bouthier-Quintard, F., & Desport, J.-C. (2009). Dépistage et prise en charge des troubles de la déglutition chez les personnes âgées. In X. Hébuterne, E. Alix, A. Raynaud-Simon, & B. Vellas (Éds.), *Traité de nutrition de la personne âgée* (p. 221-227). Springer.
https://doi.org/10.1007/978-2-287-98117-3_25

Schindler, J. S., & Kelly, J. H. (2002). Swallowing Disorders in the Elderly. *The Laryngoscope*, 112(4), 589-602. <https://doi.org/10.1097/00005537-200204000-00001>

Sharpe, K., Ward, L., Cichero, J. A. Y., Sopade, P., & Halley, P. (2007). Thickened Fluids and Water Absorption in Rats and Humans. *Dysphagia*, 22(3), 193-203.
<https://doi.org/10.1007/s00455-006-9072-1>

Shimizu, A., Fujishima, I., Maeda, K., Murotani, K., Kayashita, J., Ohno, T., Nomoto, A.,

- Ueshima, J., Ishida, Y., Inoue, T., & Mori, N. (2021). Texture-Modified Diets are Associated with Poor Appetite in Older Adults who are Admitted to a Post-Acute Rehabilitation Hospital. *Journal of the American Medical Directors Association*, 22(9), 1960-1965. <https://doi.org/10.1016/j.jamda.2021.05.018>
- Shin, S., Shutoh, N., Tonai, M., & Ogata, N. (2016). The Effect of Capsaicin-Containing Food on the Swallowing Response. *Dysphagia*, 31(2), 146-153. <https://doi.org/10.1007/s00455-015-9668-4>
- Solberg, L. I. (2000). Guideline Implementation : What the Literature Doesn't Tell Us. *The Joint Commission Journal on Quality Improvement*, 26(9), 525-537. [https://doi.org/10.1016/S1070-3241\(00\)26044-6](https://doi.org/10.1016/S1070-3241(00)26044-6)
- Steele, C. M., Alsanei, W. A., Ayanikalath, S., Barbon, C. E. A., Chen, J., Cichero, J., Coutts, K., Dantas, R. O., Duivesteyn, J., Giosa, L., Hanson, B., Lam, P., Lecko, C., Leigh, C., Nagy, A., Namasivayam, A. M., Nascimento, W. V., Odendaal, I., Smith, C. H., & Wang, H. (2015). The Influence of Food Texture and Liquid Consistency Modification on Swallowing Physiology and Function : A Systematic Review. *Dysphagia*, 30(1), 2-26. <https://doi.org/10.1007/s00455-014-9578-x>
- Steele, C. M., & Miller, A. J. (2010). Sensory Input Pathways and Mechanisms in Swallowing : A Review. *Dysphagia*, 25(4), 323-333. <https://doi.org/10.1007/s00455-010-9301-5>
- Stergiou-Kita, M. (2010). Implementing Clinical Practice Guidelines in occupational therapy practice : Recommendations from the research evidence. *Australian Occupational Therapy Journal*, 57(2), 76-87. <https://doi.org/10.1111/j.1440-1630.2009.00842.x>
- Tibbling, L., & Gustafsson, B. (1991). Dysphagia and its consequences in the elderly. *Dysphagia*, 6(4), 200-202. <https://doi.org/10.1007/BF02493526>
- Turkington, L. G., Ward, E. C., & Farrell, A. M. (2017). Carbonation as a sensory enhancement strategy : A narrative synthesis of existing evidence. *Disability and Rehabilitation*, 39(19), 1958-1967. <https://doi.org/10.1080/09638288.2016.1213894>
- Turner, T., Misso, M., Harris, C., & Green, S. (2008). Development of evidence-based clinical

- practice guidelines (CPGs) : Comparing approaches. *Implementation Science: IS*, 3, 45. <https://doi.org/10.1186/1748-5908-3-45>
- Ullrich, S., & Crichton, J. (2015). Older people with dysphagia : Transitioning to texture-modified food. *British Journal of Nursing*, 24(13), 686-692. <https://doi.org/10.12968/bjon.2015.24.13.686>
- Vaillant, M.-F., Alligier, M., Baclet, N., Capelle, J., Dousseaux, M.-P., Eyraud, E., Fayemendy, P., Flori, N., Guex, E., Hennequin, V., Lavandier, F., Martineau, C., Morin, M.-C., Mokaddem, F., Parmentier, I., Rossi-Pacini, F., Soriano, G., Verdier, E., Zeanandin, G., & Quilliot, D. (2019). Recommandations sur les alimentations standard et thérapeutiques chez l'adulte en établissements de santé. *Nutrition Clinique et Métabolisme*, 33(4), 235-253. <https://doi.org/10.1016/j.nupar.2019.09.002>
- Vasant, D. H., & Hamdy, S. (2013). Cerebral Cortical Control of Deglutition. In R. Shaker, P. C. Belafsky, G. N. Postma, & C. Easterling (Éds.), *Principles of Deglutition : A Multidisciplinary Text for Swallowing and its Disorders* (p. 55-65). Springer. https://doi.org/10.1007/978-1-4614-3794-9_5
- Vilardell, N., Rofes, L., Arreola, V., Martin, A., Muriana, D., Palomeras, E., Ortega, O., & Clavé, P. (2017). Videofluoroscopic assessment of the pathophysiology of chronic poststroke oropharyngeal dysphagia. *Neurogastroenterology & Motility*, 29(10), e13111. <https://doi.org/10.1111/nmo.13111>
- Vose, A., & Humbert, I. (2019). "Hidden in Plain Sight" : A Descriptive Review of Laryngeal Vestibule Closure. *Dysphagia*, 34(3), 281-289. <https://doi.org/10.1007/s00455-018-9928-1>
- Walton, J., & Silva, P. (2018). Physiology of swallowing. *Surgery (Oxford)*, 36(10), 529-534. <https://doi.org/10.1016/j.mpsur.2018.08.010>
- Wu, X. S., Miles, A., & Braakhuis, A. (2022a). An Evaluation of Texture-Modified Diets Compliant with the International Dysphagia Diet Standardization Initiative in Aged-Care Facilities Using the Consolidated Framework for Implementation Research. *Dysphagia*, 37(5), 1314-1325.

<https://doi.org/10.1007/s00455-021-10393-2>

Wu, X. S., Miles, A., & Braakhuis, A. (2022b). The Effectiveness of International Dysphagia Diet Standardization Initiative-Tailored Interventions on Staff Knowledge and Texture-Modified Diet Compliance in Aged Care Facilities : A Pre-Post Study. *Current Developments in Nutrition*, 6(4), nzac032. <https://doi.org/10.1093/cdn/nzac032>

Annexes

Annexe A : Notice d'Information	1
Annexe B : Trame du questionnaire rencontrée par les répondants du Groupe 1.....	2
Annexe C : Données du questionnaire traitées.....	13

Annexe A : Notice d'Information

NOTICE D'INFORMATION

Directrices du mémoire : GIROD-ROUX Marion, orthophoniste au CHU Grenoble Alpes, ortho.girod@gmail.com ; et RUGLIO Virginie, orthophoniste à l'hôpital européen Georges Pompidou - Paris, virginie.ruglio@aphp.fr / vruglio@gmail.com

Etudiante : DESSALLES Cléa, étudiante en Master 2 Orthophonie – Institut des Sciences et Techniques de Réadaptation, UCBLyon 1

Responsables Recherche département d'Orthophonie UCLB :
memoire.orthophonie@univ-lyon1.fr

Madame, Monsieur,

Actuellement en 5ème année d'orthophonie au Centre de Formation Universitaire en Orthophonie de Lyon, je réalise pour mon mémoire de fin d'études un **état des lieux de la mise en oeuvre de l'IDDSI (International Dysphagia Diet Standardisation Initiative) dans les établissements sanitaires et médicosociaux de France**.

L'objectif est de mettre en évidence les facteurs facilitateurs et les obstacles à cette mise en oeuvre, en recueillant les témoignages d'orthophonistes et en se basant sur leur réalité de terrain.

Dans le cadre de ce mémoire, je vous propose de participer de façon volontaire à un recueil de données prenant la forme d'un **questionnaire, dont toutes les réponses seront anonymisées**. Vous pouvez décider à tout moment d'arrêter votre participation sans donner de justification et sans conséquence particulière. Votre collaboration à ce recueil de données n'entraînera pas de participation financière de votre part, et ne présente aucun risque sérieux prévisible.

Législation – Confidentialité :

Toute donnée vous concernant sera traitée de façon confidentielle. Elles seront codées sans mention de votre nom et prénom. Vous pouvez formuler la demande d'être informé des résultats globaux de ce mémoire mais aucun résultat individuel ne pourra être communiqué. La publication des résultats ne comportera aucun résultat individuel.

Les données recueillies peuvent faire l'objet d'un traitement informatisé. Selon la Loi « Informatique et Liberté » (loi n°78-17 du 6 janvier 1978 modifiée), vous bénéficiez à tout moment du droit d'accès, de rectification et de retrait des données vous concernant auprès des responsables de l'étude Marion GIROD-ROUX et Virginie RUGLIO. La collecte et le traitement de données identifiantes ou susceptibles d'être identifiantes s'effectuent dans le respect des normes en vigueur relatives à la protection des données personnelles, notamment les dispositions du règlement (UE) 2016/679 du 27 avril 2016 (« RGPD ») et de la loi n°78-17 du 6 janvier 1978 (loi dite « Informatique et Libertés »).

Nous vous remercions pour la lecture de cette notice d'information !

Cléa DESSALLES



Annexe B : Trame du questionnaire rencontrée par les répondants du Groupe 1

QUESTIONNAIRE MEMOIRE IDDSI

Actuellement en 5ème année d'orthophonie à Lyon, je réalise mon mémoire de fin d'études sous la direction de Marion GIROD-ROUX et Virginie RUGLIO, orthophonistes. Il porte sur un **état des lieux de la mise en œuvre de l'IDDSI (International Dysphagia Diet Standardisation Initiative) dans les établissements sanitaires et médico-sociaux de France.**

L'objectif est de **mettre en évidence les facteurs facilitateurs et les obstacles à cette mise en œuvre**, en recueillant les témoignages d'orthophonistes et en se basant sur leur réalité de terrain à l'aide d'un questionnaire dont toutes les réponses seront anonymisées.

Qui peut répondre à ce questionnaire ? Tout orthophoniste remplissant les deux critères suivants :

- Exerce actuellement en salariat en France (métropolitaine ou DOM-TOM).
- Utilise l'IDDSI dans une structure (que la mise en œuvre officielle de l'IDDSI soit **prévue, terminée, débutée, ait été annulée ou jamais envisagée**).

Si vous exercez dans plusieurs structures, merci de bien consacrer **un questionnaire par établissement** et de ne pas croiser les réponses.

Vous pouvez consulter la Notice d'Information [ici](#), et pouvez me contacter par mail pour tout renseignement supplémentaire : clea.dsIs@gmail.com

En vous remerciant grandement pour votre temps et votre participation à cette étude. Vos réponses sont précieuses !

Cléa DESSALLES

clea.dsIs@gmail.com [Changer de compte](#)



 Non partagé

A. LE REpondant ET SON EXERCICE

Quelle est votre ville d'exercice ? *

Votre réponse

Quel est le nom et le type d'établissement dans lequel vous exercez ? (exemple: *IME Petit Sapin, EHPAD Arbre doré...*) *

Votre réponse

Spécifier le service si besoin :

Votre réponse

Quelle est la patientèle accueillie ? *

- ☐ Adulte
- ☐ Pédiatrique
- ☐ Adulte ET pédiatrique

Quelles sont la ville et l'année d'obtention de votre CCO, Certificat de Capacité en Orthophonie ? *

Votre réponse

Si vous le savez, quel est le nombre de personnes accueillies dans l'établissement où vous exercez ?

Votre réponse

Si vous le savez, quel est le nombre moyen de plateaux repas servis par jour ?

Votre réponse

B. LES CONNAISSANCES DU RÉPONDANT SUR LA DYSPHAGIE ET LES ADAPTATIONS DE TEXTURE

Avez-vous reçu un enseignement en formation initiale sur la dysphagie ? *

- ☐ Oui
- ☐ Non

Avez-vous suivi une ou des formations continues sur la dysphagie ? *

- ☐ Oui
- ☐ Non

Évaluez votre intérêt pour la dysphagie. *

	1	2	3	4	5	
Aucun intérêt	☐	☐	☐	☐	☐	Très grand intérêt

Évaluez votre intérêt pour les adaptations de texture des aliments et boissons. *

	1	2	3	4	5	
Aucun intérêt	☐	☐	☐	☐	☐	Très grand intérêt

C. L'IDDSI ET LE RÉPONDANT

Comment avez-vous découvert l'IDDSI ? *

- ☐ En formation initiale
- ☐ Au cours d'une formation continue
- ☐ En lisant un article, une publication, un ouvrage...
- ☐ Sur votre lieu de travail
- ☐ Par le biais d'un collègue
- ☐ Autre : _____

Avez-vous suivi un enseignement en formation initiale sur l'IDDSI ? *

- ☐ Oui
- ☐ Non

Avez-vous suivi une ou des formations continues sur l'IDDSI, et si oui par quels moyens ? *

- ☐ Diffusion de documents écrits
- ☐ Formations théoriques
- ☐ Formations pratiques avec ateliers (entraînement à l'épaississement des textures, passation de test permettant de déterminer le niveau IDDSI...)
- ☐ Auto formation à l'aide du site internet de l'IDDSI (iddsi.org)
- ☐ Pas de formation dispensée
- ☐ Autre : _____

Comment évaluez-vous votre aisance dans l'utilisation des différents outils de l'IDDSI ? *

1 2 3 4 5

Pas du tout à l'aise ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ Parfaitement à l'aise

Quelles ressources concernant l'IDDSI avez-vous consultées ? *

- ☐ Site internet de l'IDDSI
- ☐ Articles
- ☐ Réseaux sociaux : groupe(s) Facebook dédié(s), pages dédiées à l'IDDSI
- ☐ Vidéos du compte YouTube officiel de l'IDDSI
- ☐ Autre(s) site(s), page(s), blog(s) internet
- ☐ Autre : _____

Que pensez-vous du projet IDDSI ? *

- ☐ Facile à mettre en pratique
- ☐ Difficile à mettre en pratique
- ☐ Améliore la sécurité alimentaire des patients
- ☐ Améliore la qualité des soins
- ☐ Améliore la communication au sein de l'équipe
- ☐ Facile à comprendre et à respecter
- ☐ Je ne vois pas l'intérêt
- ☐ Autre : _____

Qu'est-ce qui, selon vous, manque au projet IDDSI ou pourrait être amélioré ? *

Votre réponse

Avez-vous des remarques et/ou attentes particulières concernant les outils IDDSI ?

Votre réponse

D. L'IDDSI ET SA MISE EN OEUVRE DANS L'ETABLISSEMENT

Il existe une différence entre les termes **Utilisation et Mise en œuvre/Déploiement**, et entre **Officiel et Officieux**. Voici une définition et un exemple pour chacun de ces termes :

- **UTILISATION :**
 - *Définition : le fait de se servir des outils de l'IDDSI à l'échelle individuelle en tant que professionnel.*
 - *Exemple : une orthophoniste en structure qui emploie les niveaux IDDSI dans ses observations et comptes rendus pour décrire les adaptations de texture.*
- **MISE EN OEUVRE/DÉPLOIEMENT :**
 - *Définition : le fait de se servir des outils de l'IDDSI à l'échelle institutionnelle.*
 - *Exemple : les plats préparés en cuisine correspondent à un ou des niveaux IDDSI précis.*
- **UTILISATION OU DÉPLOIEMENT OFFICIEL :**
 - *Définition : l'établissement a approuvé l'usage des outils de l'IDDSI et souhaite qu'ils soient déployés dans la structure.*
 - *Exemple : l'établissement a proposé aux professionnels de se former à l'utilisation de l'IDDSI et de ses outils.*
- **UTILISATION OU DÉPLOIEMENT OFFICIEUX :**
 - *Définition : aucune validation de l'usage des outils de l'IDDSI n'a eu lieu par l'établissement.*
 - *Exemple : l'établissement utilise d'autres appellations pour les adaptations de texture et n'a pas pour volonté de les changer prochainement.*

Votre établissement met-il officiellement en œuvre l'IDDSI ? *

- ☐ Oui, l'IDDSI a été déployé officiellement dans mon établissement ou est en cours de déploiement officiel dans mon établissement
- ☐ Non, j'utilise l'IDDSI sans que l'institution l'ait officiellement mis en œuvre.
- ☐ Non, l'IDDSI n'a pas du tout été mis en œuvre dans mon établissement.

Vous avez répondu "Oui, l'IDDSI a été déployé officiellement dans mon établissement ou est en cours de déploiement officiel dans mon établissement".

RAPPEL : Il existe une différence entre les termes **Utilisation et Mise en œuvre/Déploiement**, et entre **Officiel et Officieux**. Voici une définition et un exemple pour chacun de ces termes :

- **UTILISATION :**
 - *Définition* : le fait de se servir des outils de l'IDDSI à l'échelle individuelle en tant que professionnel.
 - *Exemple* : une orthophoniste en structure qui emploie les niveaux IDDSI dans ses observations et comptes rendus pour décrire les adaptations de texture.
- **MISE EN OEUVRE/DÉPLOIEMENT :**
 - *Définition* : le fait de se servir des outils de l'IDDSI à l'échelle institutionnelle.
 - *Exemple* : les plats préparés en cuisine correspondent à un ou des niveaux IDDSI précis.
- **UTILISATION OU DÉPLOIEMENT OFFICIEL :**
 - *Définition* : l'établissement a approuvé l'usage des outils de l'IDDSI et souhaite qu'ils soient déployés dans la structure.
 - *Exemple* : l'établissement a proposé aux professionnels de se former à l'utilisation de l'IDDSI et de ses outils.
- **UTILISATION OU DÉPLOIEMENT OFFICIEUX :**
 - *Définition* : aucune validation de l'usage des outils de l'IDDSI n'a eu lieu par l'établissement.
 - *Exemple* : l'établissement utilise d'autres appellations pour les adaptations de texture et n'a pas pour volonté de les changer prochainement.

De quand date cette mise en œuvre ? *

- ☐ Moins d'un an
- ☐ 1 à 3 ans
- ☐ 3 à 5 ans
- ☐ Je ne sais pas

Qui a été à l'initiative de cette mise en œuvre ? *

- ☐ Vous
- ☐ Autre orthophoniste
- ☐ Diététicien
- ☐ Equipe de direction
- ☐ Je ne sais pas
- ☐ Autre : _____

Par quel(s) moyen(s) a eu lieu la formation des équipes dans le cadre de la mise en œuvre de l'IDDSI ? *

- ☐ Diffusion de documents écrits
- ☐ Formation en distanciel
- ☐ Ateliers pratiques (entraînement à l'épaississement des textures, passation de test permettant de déterminer le niveau IDDSI...)
- ☐ Auto formation à l'aide du site internet
- ☐ Vidéos provenant du compte YouTube officiel de l'IDDSI
- ☐ Je ne sais pas
- ☐ Autre : _____

De quelle manière a été reçu l'IDDSI dans votre établissement ? Pouvez-vous préciser (dans la case "Autre") ? *

- ☐ Positive
- ☐ Négative
- ☐ Neutre
- ☐ Je ne sais pas
- ☐ Autre : _____

Dans quelle mesure la mise en œuvre a-t-elle été difficile dans votre établissement ? *

	1	2	3	4	5	
Très facile	☐	☐	☐	☐	☐	Très difficile

Dans quelle mesure l'équipe de direction, l'équipe de cuisine, et les autres professionnels de santé de l'établissement ont-ils été un soutien lors cette mise en œuvre ? *

	1 (soutien important)	2	3	4	5 (manque total de soutien)
Manque de soutien de la part de l'équipe de direction	☐	☐	☐	☐	☐
Manque de soutien de la part de l'équipe de cuisine	☐	☐	☐	☐	☐
Manque de soutien de la part des autres professionnels de santé	☐	☐	☐	☐	☐

Dans quelle mesure le coût financier a-t-il été un obstacle à la mise en œuvre de l'IDDSI dans votre établissement ? *

	1	2	3	4	5	
Pas du tout un obstacle	☐	☐	☐	☐	☐	Obstacle majeur

Quels éléments issus de l'IDDSI sont utilisés dans votre établissement ? *

- ☐ Niveaux du diagramme et leurs descriptions
- ☐ Tests standardisés

Quels niveaux de l'IDDSI sont utilisés dans votre établissement ? *

- ☐ Tous les niveaux sont utilisés
- ☐ Niveau 0 : Liquide
- ☐ Niveau 1 : Très légèrement épais
- ☐ Niveau 2 : Légèrement épais
- ☐ Niveau 3 : Modérément épais / Purée fluide
- ☐ Niveau 4 : Très épais / Purée lisse
- ☐ Niveau 5 : Haché lubrifié
- ☐ Niveau 6 : Petits morceaux tendres
- ☐ Niveau 7 : Facile à mastiquer
- ☐ Niveau 7 : Normal

Quelles sont les raisons derrière la mise en œuvre d'un nombre restreint de niveaux ? (si vous avez répondu "Tous les niveaux sont utilisés" à la question précédente, cochez "Non concerné") *

- ☐ Les niveaux actuellement utilisés sont jugés suffisants pour la prise en soin de la population concernée
- ☐ Cela demande trop d'implication/de temps pour l'équipe chargée de la modification des textures
- ☐ Le personnel n'est pas suffisant
- ☐ Le personnel n'est pas/peu formé
- ☐ Le coût financier serait trop important
- ☐ Non concerné
- ☐ Autre : _____

Quels tests de l'IDDSI sont utilisés dans votre établissement ? *

- ☐ Tous les tests sont utilisés
- ☐ Test d'écoulement à la seringue
- ☐ Test d'égouttement à la fourchette
- ☐ Test à la cuillère inclinée
- ☐ Test de conformité de la taille des morceaux / particules
- ☐ Test de pression à la fourchette ou à la cuillère
- ☐ Test de séparation à la fourchette ou à la cuillère
- ☐ Aucun test IDDSI n'est utilisé
- ☐ Je ne sais pas

Quelles sont les raisons derrière l'utilisation d'un nombre restreint de ces tests standardisés IDDSI ? *

Votre réponse

Quelles ont été les difficultés rencontrées vis-à-vis des outils IDDSI (diagramme, test standardisés) lors de la mise en œuvre dans votre établissement ? *

- ☐ Lire et comprendre le diagramme/la standardisation IDDSI
- ☐ Retenir les descriptions (niveaux, libellés, code couleur)
- ☐ Réaliser des tests de texture
- ☐ Autre : _____

Merci !

Un grand merci pour votre participation et pour votre patience. Vos réponses sont précieuses !
Pour toute question ou remarque, n'hésitez pas à me contacter à l'adresse suivante :
clea.dsals@gmail.com

Cléa DESSALLES

Annexe C : Données du questionnaire traitées

Partie 1

<i>Type de patientèle</i>	Effectif	Pourcentage
Adulte	50	82%
Adulte ET pédiatrique	8	13%
Pédiatrique	3	5%
Total général	61	

Partie 2

<i>Enseignement en formation initiale sur la dysphagie</i>	Effectif	Pourcentage
Non	7	11%
Oui	54	89%
Total général	61	100%

<i>Suivi de formations continues sur la dysphagie</i>	Effectif	Pourcentage
Non	18	30%
Oui	43	70%
Total général	61	100%

<i>Intérêt pour la dysphagie /5</i>	Effectif	Pourcentage
3	4	7%
4	18	30%
5	39	64%
Total général	61	100%

<i>Intérêt pour les adaptations de texture /5</i>	Effectif	Pourcentage
3	3	5%
4	15	25%
5	43	70%
Total général	61	100%

Partie 3

<i>Découverte de l'IDDSI</i>	Effectif	Pourcentage
En formation initiale	21	34%
En lisant un article, une publication, un ouvrage...	19	31%
Par le biais d'un collègue	8	13%
Au cours d'une formation continue	8	13%
Sur votre lieu de travail	5	8%
Total général	61	100%

<i>Enseignement en formation initiale sur l'IDDSI</i>	Effectif	Pourcentage
Non	46	75%
Oui	15	25%
Total général	61	100%

<i>Ressources IDDSI consultées</i>	Effectif	Pourcentage	<i>Avis sur le projet IDDSI</i>	Effectif	Pourcentage
Articles	28	47%	Améliore la communication au sein de l'équipe	34	56%
Aucune	1	2%	Améliore la communication avec les autres structures	5	8%
Autre(s) site(s), page(s), blog(s) internet	1	2%	Améliore la qualité des soins	40	66%
Autres	8	13%	Améliore la sécurité alimentaire des patients	47	77%
Réseaux sociaux : groupe(s) Facebook dédié(s), pages dédiées à l'IDDSI	37	62%	Autres	8	13%
Site internet de l'IDDSI	57	95%	Difficile à mettre en pratique	38	62%
Vidéos du compte YouTube officiel de l'IDDSI	20	33%	Facile à comprendre et à respecter	22	36%
Total général de réponses	152		Facile à mettre en pratique	8	13%
			Total général de réponses	202	

<i>Moyens de suivi de formations continues sur l'IDDSI</i>	Effectif	Pourcentage
Auto formation à l'aide du site internet de l'IDDSI (iddsi.org)	36	59%
Autres	6	10%
Diffusion de documents écrits	21	34%
Formations pratiques avec ateliers	8	13%
Formations théoriques	6	10%
Pas de formation dispensée	15	25%
Total général de réponses	92	

<i>Aisance dans l'utilisation des outils IDDSI /5</i>	Effectif	Pourcentage
2	8	13%
3	22	36%
4	26	43%
5	5	8%
Total général	61	100%

Partie 4

<i>Statut de la mise en œuvre</i>	Effectif	Pourcentage
Mise en œuvre officielle	23	38%
Mise en œuvre officieuse	31	51%
Pas de mise en œuvre	7	11%
Total général	61	100%

Partie 4 - Groupe 1

<i>Date de début de mise en œuvre</i>	Effectif	Pourcentage
1 à 3 ans	12	52%
3 à 5 ans	2	9%
Je ne sais pas	3	13%
Moins d'un an	6	26%
Total général	23	100%

<i>Moyens de formation des équipes</i>	Effectif	Pourcentage
Ateliers pratiques	16	70%
Aucune formation	2	9%
Auto formation à l'aide du site internet	4	17%
Autres	4	17%
Diffusion de documents écrits	14	60%
Formation en présentiel	2	9%
Je ne sais pas	4	17%
Vidéos provenant du compte YouTube officiel de l'IDDSI	1	4%
Total général des réponses	47	

<i>Personne à l'initiative de cette mise en œuvre</i>	Effectif	Pourcentage
Diététicien	8	34%
Equipe de direction	2	9%
Je ne sais pas	3	13%
Médecin nutritionniste présidente du CLAN	1	4%
Médecin pédiatre	1	4%
Un ou plusieurs membres de l'équipe d'orthophonie	17	74%
Total général des réponses	32	

<i>Réception de l'IDDSI</i>	Effectif	Pourcentage
Positif	7	30%
Négatif	5	22%
Neutre	6	26%
Autres	9	39%
Total général des réponses	27	

<i>Estimation de la difficulté de mise en œuvre /5</i>	Effectif	Pourcentage
2	2	9%
3	14	61%
4	7	30%
Total général	23	100%

<i>Manque de soutien de l'équipe de direction /5 (1 fort, 5 inexistant)</i>	Effectif	Pourcentage
1	6	26%
2	5	22%
3	6	26%
4	5	22%
5	1	4%
Total général	23	100%

<i>Manque de soutien de l'équipe de cuisine /5 (1 fort, 5 inexistant)</i>	Effectif	Pourcentage
1	5	22%
2	9	39%
3	6	26%
4	3	13%
Total général	23	100%

<i>Manque de soutien de l'équipe de santé /5 ((1 fort, 5 inexistant)</i>	Effectif	Pourcentage
1	5	22%
2	12	52%
3	5	22%
4	1	4%
Total général	23	100%

<i>Coût financier qui représente un obstacle /5 (1 pas du tout un obstacle, 5 obstacle majeur)</i>	Effectif	Pourcentage
1	10	43%
2	4	17%
3	7	30%
4	1	4%
5	1	4%
Total général	23	100%

<i>Eléments de l'IDDSI utilisés</i>	Effectif	Pourcentage
Niveaux du diagramme et leurs descriptions	15	65%
Niveaux du diagramme et leurs descriptions ET tests standardisés	7	30%
Tests standardisés	1	4%
Total général	23	100%

<i>Raisons derrière la mise en œuvre d'un nombre restreint de niveaux</i>	Effectif	Pourcentage
Autres	8	35%
Cela demande trop d'implication/de temps pour l'équipe chargée de la modification des textures	3	13%
Le coût financier serait trop important	2	9%
Le personnel n'est pas suffisant	1	4%
Le personnel n'est pas/peu formé	4	17%
Les niveaux actuellement utilisés sont jugés suffisants pour la prise en soin de la population concernée	4	17%
Non concerné	8	35%
Total général des réponses	30	

Niveaux IDDSI utilisés	Effectif	%
Niveau 0 : Liquide	13	56%
Niveau 1 : Très légèrement épais	5	22%
Niveau 2 : Légèrement épais	8	35%
Niveau 3 : Modérément épais / Purée fluide	10	43%
Niveau 4 : Très épais / Purée lisse	15	65%
Niveau 5 : Haché lubrifié	6	26%
Niveau 6 : Petits morceaux tendres	6	26%
Niveau 7 : Facile à mastiquer	8	35%
Niveau 7 : Normal	11	48%
Tous les niveaux sont utilisés	7	30%
Total général des réponses	89	

Difficultés rencontrées vis-à-vis des outils IDDSI lors de la mise en œuvre	Effectif	Pourcentage
Autres	5	22%
Lire et comprendre le diagramme/la standardisation IDDSI	4	17%
Réaliser des tests de texture	15	65%
Retenir les descriptions (niveaux libellés code couleur)	10	43%
Total général des réponses	34	

Partie 4 - Groupe 2

<i>Raisons derrière l'utilisation de l'IDDSI sans mise en œuvre officielle</i>	Effectif	Pourcentage
Autres	12	38%
La mise en œuvre officielle est trop compliquée	18	58%
Vous n'en n'avez pas discuté avec vos responsables	6	19%
Total général des réponses	36	

<i>Professionnels qui utilisent l'IDDSI</i>	Effectif	Pourcentage
Aide-soignant	5	16%
Autre orthophoniste	20	64%
Autres	5	16%
Diététicien	15	48%
Infirmier	5	16%
Personne	4	13%
Total général des réponses	54	

<i>Outils IDDSI utilisés</i>	Effectif	Pourcentage
Niveaux du diagramme et leurs descriptions	21	68%
Niveaux du diagramme et leurs descriptions ET Tests de l'IDDSI	9	29%
Tests de l'IDDSI	1	3%
Total général	31	100%

<i>Formation des professionnels à l'IDDSI</i>	Effectif	Pourcentage
Ateliers pratiques	4	13%
Auto formation à l'aide du site internet de l'IDDSI (iddsi.org)	7	22%
Formation en distanciel	1	3%
Autres	4	16%
Diffusion de documents écrits	7	22%
Je ne sais pas	2	6%
Pas de formation dispensée	18	58%
Total général des réponses	43	

<i>Personne responsable de la formation des professionnels concernant l'IDDSI</i>	Effectif	Pourcentage
Diététicien	1	3%
Je ne sais pas	2	6%
Non concerné	20	64%
Un ou plusieurs membres de l'équipe d'orthophonie	9	29%
Total général des réponses	32	

Partie 4 - Groupe 3

<i>Statut de l'établissement vis-à-vis de la mise en œuvre</i>	Effectif	Pourcentage
L'établissement a pour projet/envisage de mettre en œuvre l'IDDSI.	4	57%
L'établissement avait pour projet de mettre en œuvre l'IDDSI mais cela a été abandonné ou interrompu jusqu'à nouvel ordre	1	14%
L'établissement n'a pas pour projet de mettre en œuvre l'IDDSI à ma connaissance.	2	29%
Total général	7	100%

Partie 4 - Groupe 3 : mise en œuvre envisagée

<i>Personne derrière l'initiative de la mise en œuvre</i>	Effectif	Pourcentage
Diététicien	2	50%
Je ne sais pas	1	25%
Un ou plusieurs membres de l'équipe d'orthophonie	3	75%
Total général des réponses	6	

Partie 4 - Groupe 3 : mise en œuvre abandonnée

<i>Raisons derrière cet abandon</i>	Effectif	Pourcentage
Manque d'implication des équipes (soignants, équipes de cuisine)	1	50%
Pas encore de mise en place de groupe de travail spécifique sur l'IDDSI	1	50%
Total général des réponses	2	

<i>Personne derrière l'initiative de cette mise en œuvre</i>	Effectif	Pourcentage
Diététicien	1	50%
Un ou plusieurs membres de l'équipe d'orthophonie	1	50%
Total général des réponses	2	

<i>Ce qu'il aurait été bien d'avoir à disposition pour faciliter la mise en œuvre</i>	Effectif	Pourcentage
Ateliers pratiques	1	50%
Plus de formation théorique (en présentiel et/ou en ligne)	1	50%
Total général des réponses	2	

Partie 4 - Groupe 3 : mise en œuvre non envisagée

<i>Raisons derrière l'absence de mise en œuvre de l'IDDSI et sans qu'elle soit prévue</i>	Effectif
Autres	1
Complexité de prise en main	1
Difficulté de transmission/formation aux aidants concernant l'IDDSI	1
Difficultés d'accès aux ressources matérielles (seringues et entonnoirs...)	1
Difficultés de compréhension et méconnaissance de l'IDDSI et de ses outils	1
Raisons financières	1
Total général des réponses	6