



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

Creative commons : Paternité - Pas d'Utilisation Commerciale -
Pas de Modification 2.0 France (CC BY-NC-ND 2.0)



<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/2.0/fr>



Université Claude Bernard Lyon 1
Institut de Sciences et techniques de Réadaptation
Département Orthophonie

N° de mémoire 2043

Mémoire d'Orthophonie

présenté pour l'obtention du

Certificat de capacité d'orthophoniste

Par

CABARET-BODART Apolline

**Analyse de l'impact de la formation initiale et continue des
soignants exerçant en EHPAD, sur les connaissances théoriques et
la gestion de la dysphagie**

Directeurs de Mémoire :

GEMINET Delphine

DECRON Carole

Membres du jury :

TOPOUZKHANIAN Astrig

BOUQUAND Johanne



Directeur ISTR
Xavier PERROT

Equipe de direction du département d'orthophonie :

Directeur de la formation
Agnès BO

Coordinateur de cycle 1
Claire GENTIL

Coordinateur de cycle 2
Solveig CHAPUIS

Responsables de l'enseignement clinique
Claire GENTIL
Ségolène CHOPARD
Johanne BOUQUAND

Responsables des travaux de recherche
Lucie BEAUVAIS
Nina KLEINSZ

Responsable de la formation continue
Johanne BOUQUAND

Responsable du pôle scolarité
Rachel BOUTARD

Secrétariat de scolarité
Anaïs BARTEVIAN
Constance DOREAU KNINDICK
Patrick JANISSET
Céline MOULARD

1. UNIVERSITÉ CLAUDE BERNARD LYON 1

Président
Pr. FLEURY Frédéric

Vice-président CFVU
Pr. CHEVALIER Philippe

Président du Conseil Académique
Pr. BEN HADID Hamda

Vice-président CS
M. VALLEE Fabrice

Vice-président CA
Pr. REVEL Didier

Directeur Général des Services
M. VERHAEGHE Damien

1.1 Secteur Santé :

U.F.R. de Médecine Lyon Est
Doyen **Pr. RODE Gille**

Directrice **Pr. SEUX Dominique**

U.F.R de Médecine et de
maïeutique - Lyon-Sud Charles
Mérieux
Doyenne **Pr. BURILLON Carole**

Institut des Sciences Pharmaceutiques
et Biologiques
Directrice **Pr. VINCIGUERRA Christine**

Comité de Coordination des
Etudes Médicales (C.C.E.M.)
Président **Pr. COCHAT Pierre**

Institut des Sciences et Techniques de
la Réadaptation (I.S.T.R.)
Directeur **Dr. PERROT Xavier**

U.F.R d'Odontologie

Département de Formation et Centre
de Recherche en Biologie Humaine
Directrice **Pr. SCHOTT Anne-Marie**

1.2 Secteur Sciences et Technologie

U.F.R. Faculté des Sciences et
Technologies
Directeur **M. DE MARCHI Fabien**

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

U.F.R. Faculté des Sciences
Administrateur provisoire
M. ANDRIOLETTI Bruno

Observatoire Astronomique de Lyon
Directeur **Mme DANIEL Isabelle**

U.F.R. Biosciences
Administratrice provisoire
Mme GIESELER Kathrin

Ecole Supérieure du Professorat et
de l'Education (E.S.P.E.)
Administrateur provisoire
M. Pierre CHAREYRON

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

POLYTECH LYON
Directeur **M. PERRIN Emmanuel**

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

Résumé

Les troubles de la déglutition, ou dysphagie, concernent plus de 70% des personnes âgées résidant en EHPAD, et provoquent des pneumopathies d'inhalation, cause majeure de mortalité dans ces établissements. Cette étude a ainsi pour ambition d'évaluer la formation des soignants, exerçant en EHPAD, à la dysphagie et, plus particulièrement, la prévention, la détection et la prise en soin des troubles de la déglutition des résidents, dans le but de devenir un support de création de formations et d'outils adaptés à la profession. Pour ce faire, nous avons diffusé un questionnaire de 39 questions à l'échelle nationale, évaluant à la fois les connaissances des soignants, mais également leur pratique, ainsi que leurs besoins et demandes à ce sujet. Au total, nous avons récolté 157 réponses de divers soignants. Notre objectif premier étant de démontrer la nécessité et l'importance de la formation continue concernant les troubles de la déglutition, pour les salariés d'EHPAD, nous avons notamment émis l'hypothèse que la formation initiale ne sensibilisait pas suffisamment les soignants sur la dysphagie et ses conséquences et n'avait donc pas assez d'impact sur les connaissances et la pratique des soignants à ce sujet. Nous avons par ailleurs émis l'hypothèse que la formation continue permettait d'acquérir de meilleures connaissances et avait un retentissement positif sur la pratique et la gestion des troubles de la déglutition. Enfin, nous avons imaginé qu'une sensibilisation au cours de la formation initiale, associée à la réalisation de formations continues sur la dysphagie, améliorerait les résultats des soignants et ainsi, permettrait une meilleure connaissance et gestion de ces troubles.

Les résultats démontrent que la formation initiale des soignants, exerçant actuellement en EHPAD, n'est pas suffisante pour permettre une gestion adaptée des troubles de la déglutition des personnes âgées. Les scores des soignants ne sont pas significativement supérieurs lorsqu'ils ont réalisé des formations spécialisées sur la dysphagie. Ainsi, malgré la réalisation de formations, les soignants restent peu avertis à propos des connaissances et de la gestion des troubles de la déglutition des personnes âgées. Il semble alors indispensable que les orthophonistes se mobilisent pour accompagner les professionnels concernés et réduire ainsi la mortalité liée à ces troubles, en améliorant notamment leur prévention, leur détection et leur prise en soin.

Mots clés : Déglutition, dysphagie, personnes âgées, soignants, formation, EHPAD, résidents, vieillissement

Abstract

Swallowing disorders, or dysphagia, affect more than 70% of elderly, living in nursing home, and cause inhalation pneumonia, a major cause of death in these establishments. The study's ambition is to assess the formation of caregivers in nursing home, about dysphagia and, more particularly, about prevention, detection and care of residents' swallowing disorders, with the aim to become a support for the creation of formations and tools adapted to the profession. To do this, we distributed a survey of 39 questions on a national scale, assessing both the knowledge of caregivers, but also their practice, as well as their needs and requests about this topic. All in all, 157 responses were received from several caregivers. Our primary objective being to demonstrate the necessity and the importance of continuous formation concerning swallowing disorders, for nursing home's employees, we hypothesized that initial formation did not make caregivers sufficiently aware of dysphagia and its consequences and therefore, did not have enough impact on caregivers' knowledge and practice, on this subject. We have also hypothesized that training programs provided better knowledge and has a positive impact on the practice and management of swallowing disorders. Finally, we imagined that awareness during initial formation, or knowledge's base, combined with the realization of training programs on dysphagia, would improve the results of caregivers and thus, would allow a better knowledge and management of these disorders. The results demonstrate that the initial formation of caregivers, currently practicing in nursing home, is not sufficient to allow adequate management of swallowing disorders of seniors. Caregivers' scores are not significantly higher when they have completed specialist formation about dysphagia. Thus, in spite of formations, caregivers are still not well informed about the knowledge and management of elderly's swallowing disorders. It seems essential that speech therapist mobilize themselves to support the professionals concerned and thus, reduce the mortality rate of these disorders, in particularly by improving their prevention, detection and treatment.

Key words : Swallowing, dysphagia, elderly, caregivers, formation, nursing home, residents, aging

Remerciements

Je remercie tout d'abord, mes deux directrices de mémoire, Mmes Geminet Delphine et Decron Carole, pour m'avoir soutenue et accompagnée tout au long de cette année, dans la réalisation de ce mémoire, qui signe la fin d'un cursus mais le début d'une nouvelle vie.

Je remercie également très chaleureusement mes maîtres de stage de cette année, Mmes Hégé Sarah et Lemoine Emilie, ainsi que des années précédentes, pour m'avoir transmis leur savoir et m'avoir permis de prendre confiance en moi et en mes capacités de future professionnelle.

Je remercie également Mme Chapuis, pour son écoute et sa bienveillance au cours de cette année.

Je remercie également l'intégralité des professeurs du département d'Orthophonie de l'Institut des Sciences et Techniques de Réadaptation de Lyon, pour leur partage de connaissance, leur bienveillance et leur disponibilité.

Pour leur soutien indéfectible, pour ces joies mais aussi ces pleurs partagés autour d'un repas, d'un café, ou même d'un peu d'eau chaude, je remercie mes chères collègues de promotion, devenues aujourd'hui des amies, futures orthophonistes du tonnerre !

Merci à l'ensemble de ma famille, mes parents, ma sœur, mon frère, mais aussi mes grands-parents et ma tante, pour leur soutien au cours de ces années loin de vous. Vos encouragements ont été pour moi la plus belle des motivations. Merci à toi, Alex, d'avoir accepté de m'héberger pendant cette année. Ces moments passés à tes côtés sont pour moi inoubliables. Merci pour ton soutien, ton aide et ta générosité.

Enfin, merci à toi, Nico, d'avoir toujours su trouver les mots pour m'apaiser, m'encourager, me soutenir dans les moments les plus difficiles. Merci d'avoir cru en moi, d'avoir partagé avec moi mes joies et mes peines. Merci pour tes mots si réconfortants. Merci pour ton amour.

Sommaire

<i>I</i>	<i>Partie théorique</i>	1
1	<i>Introduction</i>	1
2	<i>Déglutition et vieillissement</i>	1
2.1	Définition de la presbyphagie	2
2.2	Vieillessement physiologique et sensoriel	2
2.3	Vieillessement et altération des phases de la déglutition	4
3	<i>Les troubles de la déglutition chez le sujet âgé</i>	5
3.1	Qu'est-ce que la dysphagie ?	5
3.1.1	Prévalence.	5
3.1.2	Etiologie et facteurs de risque.	6
3.1.2.1	Origine neurologique.	6
3.1.2.2	Origine ORL.	6
3.1.2.3	Origine iatrogénique.	7
3.2	Symptômes de la dysphagie chez la personne âgée	7
3.3	Complications et conséquences de la dysphagie	8
4	<i>Gestion de la dysphagie en EHPAD</i>	8
4.1	Les stratégies d'adaptation en cas de troubles de la déglutition	8
4.1.1	L'adaptation de l'alimentation.	8
4.1.2	L'adaptation de l'environnement.	9
4.2	La formation des soignants	9
II	Méthode	11
1	<i>Objectifs de l'étude</i>	11
2	<i>Population</i>	12
2.1	Critère d'inclusion	12
2.2	Critère d'exclusion	12
3	<i>Matériel</i>	13
4	<i>Procédure</i>	14
III	Résultats	16
1	<i>Profil des répondants au questionnaire</i>	16

2	<i>Evaluation des connaissances des soignants sur les troubles de la déglutition, et de leur gestion actuelle au sein de leur établissement</i>	17
3	<i>Evaluation de la demande et des besoins en formation</i>	20
4	<i>Analyse statistique de l'impact de la formation en déglutition, sur les connaissances des soignants</i>	21
IV	Discussion	24
1	<i>Contexte de l'étude</i>	24
2	<i>Analyse des résultats</i>	25
3	<i>Limites et biais de l'étude</i>	28
4	<i>Conclusion</i>	29
	Références	31

I Partie théorique

1 Introduction

La population française est actuellement en proie au vieillissement. L'espérance de vie, aujourd'hui de 80 ans, associée aux retombées du babyboom, permet d'estimer à une personne sur cinq, le nombre de sujets âgés de plus de 60 ans, en 2050. Au regard de la sénescence actuelle et future, le nombre de personnes âgées dépendantes va également augmenter, accroissant ainsi le nombre de résidents hébergés dans les Etablissements d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes (EHPAD).

Or, la prévalence actuelle de la dysphagie dans ces établissements est évaluée à environ 60%, ce qui fait de cette pathologie, un réel problème de santé publique. Aujourd'hui, et pour prévenir les futurs troubles qui ne cesseront d'augmenter, il est plus que jamais important de se former à la prise en soin de la dysphagie, encore trop souvent sous-estimée, et causant de nombreux décès chaque année au sein de la population vieillissante, hébergée en EHPAD.

C'est la raison pour laquelle nous nous sommes intéressés à la formation des soignants, ou aidants professionnels, au contact le plus proche des résidents de ces établissements. Ainsi, nous nous sommes demandé si la formation initiale de ces soignants était suffisante à une prise en soin adaptée de la dysphagie. En outre, la formation continue est-elle nécessaire et, surtout, suffit-elle, là aussi, à améliorer la prévention et la détection des troubles de la déglutition, ainsi que la mise en place d'adaptations appropriées aux résidents dysphagiques ?

2 Déglutition et vieillissement

La déglutition est une activité sensori-motrice physiologique complexe qui, comme toutes les fonctions biologiques de notre corps, est en proie au vieillissement.

Le vieillissement est un processus dégénératif, inévitable, définitif et universel qui impacte l'ensemble de notre organisme, sans épargner le mécanisme de déglutition. Sur ce plan, il est important de distinguer les changements liés au vieillissement normal, de ceux qui relèvent d'une pathologie. Bien que la nature, la sévérité et les conséquences des difficultés soient différentes dans ces deux cas, il convient de dire que dans le processus de vieillissement, certaines fonctions se détériorent et

nécessitent des adaptations compensatoires (Leslie et al., 2005; Namasivayam-MacDonald & Riquelme, 2019).

2.1 Définition de la presbyphagie

La presbyphagie se définit par un changement caractéristique du mécanisme de déglutition qui résulte du processus de vieillissement normal. Selon certaines études, elle débute aux environs de 65 ans. La presbyphagie n'est pas symptomatique avant 80 ans, mais engendre des complications à partir de cet âge avancé (Schweizer, 2010).

Par ailleurs, on distingue deux types de presbyphagie. Il existe, en effet, la presbyphagie que l'on appelle primaire. Cette dernière se définit par une déglutition, certes impactée par les effets du vieillissement, mais qui reste saine, car très bien compensée par le sujet. Elle se différencie donc, de la presbyphagie secondaire, qui se caractérise par une accumulation de plusieurs facteurs pathologiques et/ou iatrogènes, en plus de la vieillesse, et d'une altération de l'état général du sujet (Muhle et al., 2015).

2.2 Vieillesse physiologique et sensoriel

Le vieillissement naturel s'accompagne de modifications physiologiques inéluctables. Celles-ci sont individuelles et dépendantes de l'état général et des activités des sujets. Cependant, on observe indéniablement une réduction des performances physiques à partir de 50-60 ans, marquée notamment par une diminution moyenne annuelle, d'1 à 2 % de la masse musculaire globale, aussi appelée sarcopénie, ainsi qu'une réorganisation du système neuromusculaire, aussi appelée la dynapénie (Clark & Manini, 2008; Duchateau et al., 2014). Un schéma des différents facteurs de la sarcopénie et de la dynapénie est illustré en annexe A.

On observe donc, au cours de la sénescence, un vieillissement à la fois physiologique, mais également neurologique, qui se traduit par une diminution de la vitesse de traitement, de réaction, et plus globalement, de la commande motrice ainsi que par une diminution de la sensibilité et des réflexes, notamment celui de la toux.

La sénescence impacte également les différents sens. Chacun des cinq sens joue un rôle important dans le processus de déglutition.

Le goût a une importance capitale dans le réflexe de déglutition puisque certaines saveurs l'améliorent, induisent une salivation plus importante et impactent la durée des phases orales et pharyngées en ayant une incidence sur l'activité des muscles masticatoires notamment (Horio, 2003; Leow et al., 2006; Mulheren et al., 2016). Par ailleurs, c'est un sens qui se trouve altéré au cours de la sénescence, par une diminution du nombre de papilles et par une efficacité amoindrie des récepteurs restants, plus souvent appelée hypoguesie (Methven et al., 2012; Raschilas, 2006). Amplifiée par la prise de traitements, une exposition environnementale spécifique, une intervention chirurgicale ou bien encore par certaines pathologies (Schiffman, 1997), cette altération se traduit souvent par une augmentation du seuil de perception et de discrimination des différentes saveurs de base telles que le sucré, le salé, l'acide, l'amer et l'umami, saveur plus récemment découverte (Chevillot-Sauger, 2018; Schiffman, 1993).

L'odorat est également un sens très largement impliqué dans le processus de déglutition, non seulement car entre 75 et 95% de ce que nous considérons comme résultant des récepteurs gustatifs, provient finalement des récepteurs olfactifs (Spence, 2015), mais également car l'olfaction est un sens directement associé au plaisir puisqu'il est vecteur d'émotions et de souvenirs. En effet, à la manière d'une madeleine de Proust, de multiples odeurs ont le potentiel d'évoquer des souvenirs autobiographiques permettant de favoriser les émotions positives, de réduire les humeurs négatives et le stress ainsi que d'augmenter, notamment, l'appétit (Ebihara et al., 2006; Herz, 2016; Willander & Larsson, 2006). Par ailleurs, ce sens est également en proie au vieillissement physiologique (Doty & Kamath, 2014), qui se traduit par une perte d'efficacité des récepteurs olfactifs. Ce déficit s'exprime par un seuil de perception olfactive 2 à 15 fois supérieur à celui des sujets jeunes (Schiffman, 1997) ce qui a donc nécessairement des conséquences sur la perception gustative, sur le plaisir du repas et donc par conséquent, sur le processus de déglutition.

Les trois autres sens, soit l'ouïe, la vue et le toucher ont également une fonction dans le mécanisme de déglutition. En effet, l'ouïe et la vue permettent surtout d'alimenter la phase pré orale, par la salivation notamment, et donc de préparer les différentes structures corticales à la déglutition. Le vieillissement de ces derniers est plus connu sous le nom de presbytie et presbycusie dont la prévalence est d'environ 33% pour

la presbytie et 40% pour la presbyacousie chez les sujets de plus de 65 ans. Concernant le toucher, il permet notamment d'appréhender les différentes textures des aliments, leur consistance, mais aussi leur température. Par ailleurs, lors du processus de vieillissement, on observe une réduction de l'efficacité des récepteurs cutanés marquée par une légère diminution de la sensibilité tactile et de la perception de la douleur (Covelet, 2007). Cependant, les autres sens étant davantage impactés par le vieillissement, la sensibilité tactile est souvent considérée comme relativement préservée (Gonzalez, 2004).

Le vieillissement physiologique et sensoriel impacte donc de manière globale les différentes phases de la déglutition.

2.3 Vieillesse et altération des phases de la déglutition

L'altération de ces phases au cours de la sénescence est liée au vieillissement des structures physiologiques et sensoriels.

En effet, la phase pré orale, notamment, est impactée par le déficit sensoriel lié à l'âge et décrit précédemment.

La phase orale, impliquant une préparation du bolus, est plus spécifiquement affectée par le vieillissement physiologique. De fait, la production de la salive se retrouve diminuée, souvent par les différentes médications des patients, ce qui altère donc la déglutition. Les sujets âgés ayant régulièrement des problèmes de denture, la mastication s'en trouve moins efficace, d'autant plus que le port de prothèse altère la force de mastication, la sensibilité buccale et les sensations gustatives. Ainsi, 60 % des personnes âgées de plus de 65 ans portent des prothèses, couramment mal adaptées et/ou usées (Allepaerts et al., 2014). La diminution de la masse musculaire globale affecte également les muscles masticatoires et linguaux rendant les mouvements de mastication plus nombreux et donc plus lents (Mioche et al., 2004). La motricité et la force linguale sont moins efficaces. Combinées au déficit de salivation et à l'allongement de la durée de la phase orale, cela empêche la formation d'un bolus homogène et favorise le risque de stases buccales et donc d'inhalation (Schweizer, 2010).

La phase pharyngée est également impactée par la sénescence. En effet, de manière globale, le temps pharyngé est augmenté avec l'âge (Robbins et al., 1992) et le réflexe

de déglutition est lui retardé (R. Leonard & McKenzie, 2006). Par ailleurs, une augmentation, avec l'âge, de la distance entre l'os hyoïde et le larynx a été observée et contribuerait donc à une augmentation des stases pharyngées (R. Leonard et al., 2004 ; R. J. Leonard & Shaker, 2013). En effet, le mouvement supérieur et antérieur de l'os hyoïde permet une protection des voies aériennes lors de la déglutition et déclenche l'ouverture du sphincter supérieur de l'œsophage. Un dysfonctionnement de ces mécanismes entraîne donc des risques accrus de pénétration dans les voies aériennes ou d'inhalation. On observe également au cours de la sénescence une réduction de la sensibilité de l'oropharynx et donc des sinus piriformes et des vallécules. Ce déficit de sensibilité engendre donc une augmentation du seuil de stases pharyngées pour déclencher le réflexe de déglutition, et, par conséquent, une augmentation du risque d'inhalation (Aviv, 1997; Martin et al., 1994; Shaker et al., 1994).

Pour conclure, la phase œsophagienne s'altère aussi avec l'âge. En effet, le muscle œsophagien se trouve être lui aussi plus faible et engendre donc une réduction de l'amplitude péristaltique (Nishimura et al., 1996). Par ailleurs, la durée de la vague péristaltique est accrue (Ren et al., 1995) et on observe une amplification du nombre de mouvements péristaltiques échoués (Grande & Visa, 1999). Selon certaines études, 90% des sujets âgés sains, ont des événements péristaltiques altérés (Dejaeger et al., 2015).

La sénescence a donc un retentissement sur l'ensemble du processus de déglutition et entraîne alors des risques de dysphagie plus importants.

3 Les troubles de la déglutition chez le sujet âgé

3.1 Qu'est-ce que la dysphagie ?

Selon la Haute Autorité de Santé (HAS) et l'Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé (ANAES), la dysphagie se définit comme un « trouble de la mastication et de la déglutition des liquides et / ou des solides. » (« Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé (ANAES) », 1998).

3.1.1 Prévalence.

La prévalence des troubles de la déglutition est particulièrement difficile à évaluer. En effet, elle diffère souvent selon les nombreuses études d'origine différente, qui

s'accordent cependant à dire qu'elle relève d'un problème de santé publique. En effet, en moyenne, la dysphagie touche entre 13 et 22 % de la population âgée de plus de 50 ans. Par ailleurs, ce chiffre augmente proportionnellement à l'âge des sujets. La prévalence de la dysphagie est cependant beaucoup plus élevée dans les EHPAD, qui s'élève alors à 60%, et est probablement due à la dépendance des personnes âgées résidant dans ces institutions. Ces chiffres sont d'autant plus inquiétants que la dysphagie est souvent responsable de pneumopathies d'inhalation, deuxième cause d'hospitalisation des résidents en EHPAD (Allepaerts et al., 2014; Aslam & Vaezi, 2013; Bhattacharyya, 2014; Bloem et al., 1990; Haute Autorité de Santé, 2015; Lindgren & Janzon, 1991).

3.1.2 *Etiologie et facteurs de risque.*

De multiples étiologies sont associées aux troubles de la déglutition. Parmi elles, on retrouve notamment des origines neurologiques, immunologiques, gastro-œsophagiennes, oncologiques ou encore iatrogéniques (Roden & Altman, 2013). Nous nous sommes accordées à développer ici les causes les plus fréquentes, avec des facteurs de risque majorés.

3.1.2.1 *Origine neurologique.*

Les causes neurologiques les plus courantes de la dysphagie sont les accidents vasculaires cérébraux (AVC) ischémiques et hémorragiques. Selon différentes études, la prévalence des troubles de la déglutition consécutifs à un AVC oscille entre 37% et 78% (Martino et al., 2005).

Par ailleurs, la dysphagie n'est pas une conséquence systématique d'un AVC et dépend notamment de la localisation de l'ischémie ou de l'hémorragie (Flowers et al., 2011). Cependant, d'autres causes neurologiques peuvent être à l'origine d'une dysphagie et notamment les traumatismes crâniens ou encore les maladies neurodégénératives. Malgré une apparition variable selon le stade et la démence elle-même, la prévalence de troubles de la déglutition varie entre 13 et 57% dans ce type de pathologie (Alagiakrishnan et al., 2013).

3.1.2.2 *Origine ORL.*

Les troubles de la déglutition peuvent également être la conséquence d'une affection oto-rhino-laryngologique (ORL) bénigne ou maligne. En effet, des pathologies telles

qu'une pharyngite ou une angine peuvent être à l'origine d'une dysphagie passagère. Les cancers des voies aérodigestives supérieurs peuvent aussi être à l'origine de troubles de la déglutition. La gravité et l'intensité des troubles sont fonction de la localisation et de l'ampleur de la lésion. Celle-ci peut être l'origine directe des troubles de la déglutition, qui peuvent aussi être secondaires au traitement chimiothérapeutique, radiothérapeutique ou chirurgical (Camidge, 2001; Shields et al., 2016; Volonté et al., 2010).

3.1.2.3 *Origine iatrogénique.*

Parmi les dysphagies, certains peuvent être iatrogènes, c'est-à-dire secondaires aux effets des traitements médicamenteux. Leur impact sur la déglutition, est consécutif à leur effet sur le système nerveux périphérique. Les traitements médicamenteux peuvent notamment engendrer une xérostomie sévère, c'est-à-dire une sécheresse buccale, qui complique l'action d'avaler et provoque une diminution des perceptions gustatives, qui rend donc l'alimentation difficile et moins attractive. A l'inverse, certains médicaments peuvent provoquer une hypersalivation qui peut compliquer le contrôle de l'ingesta et être la cause d'une dysphagie, et de ses conséquences, comme l'aspiration (Chaumartin et al., 2012; Martel, 2001).

3.2 Symptômes de la dysphagie chez la personne âgée

Pour prévenir au mieux les troubles de la déglutition, il faut savoir repérer les différents symptômes prédictifs d'une dysphagie. Certains signes doivent donc alerter les professionnels sur la présence potentielle de troubles de la déglutition et notamment, la toux au cours du repas, une modification vocale post déglutition, une douleur ou une gêne au moment du passage des aliments, des blocages alimentaires ou bien encore un reflux nasal d'aliments. Par ailleurs, le bavage, le hémage ou raclement de gorge, l'allongement de la durée des repas associé à une réduction des prises alimentaires et à un maintien des aliments en bouche, sont également des signes indicateurs d'une possible dysphagie. Souvent négligés, la perte du plaisir du repas, marqué par un isolement au moment de l'alimentation et donc un refus de manger en famille, au restaurant ou en salle à manger dans le cas des personnes âgées en EHPAD, est prédictif de troubles de la déglutition (Allepaerts et al., 2008; Forster et al., 2011). Ainsi, la perte de poids, la présence de grailonnements ou de quelconques modifications respiratoires au cours du repas, d'un encombrement bronchique ou de

pneumopathies à répétition sont autant de symptômes pouvant être secondaires à une dysphagie (Allepaerts et al., 2014).

Ces derniers symptômes, bien qu'ils ne soient pas souvent associés à des troubles de la déglutition, sont élevés sur l'échelle de gravité et peuvent engendrer diverses complications.

3.3 Complications et conséquences de la dysphagie

Les complications de la dysphagie sont nombreuses. Les plus connues des soignants représentent souvent les plus dangereuses, c'est-à-dire, celles mettant en jeu la vie des patients. Ainsi, la pneumopathie d'inhalation, qu'elle soit d'origine salivaire ou alimentaire, est la première conséquence de décès du résident d'EHPAD (Lacau St Guily et al., 2005; Tibbling & Gustafsson, 1991). Les troubles de la déglutition peuvent également entraîner un décès par asphyxie, une dénutrition, marquée par une perte pondérale ou bien encore une déshydratation. Par ailleurs, parmi les symptômes et/ou complications répandus mais peu connus des soignants, on peut également noter un isolement social, voire un mutisme (Leemann et al., 2016).

Ainsi, les connaissances limitées et les craintes des soignants concernant certaines conséquences de la dysphagie, entraînent parfois une mauvaise gestion des troubles de la déglutition (Cormary & Tannou, 2014).

4 Gestion de la dysphagie en EHPAD

4.1 Les stratégies d'adaptation en cas de troubles de la déglutition

4.1.1 *L'adaptation de l'alimentation.*

Parmi les adaptations possibles à proposer aux résidents dysphagiques, l'adaptation de l'alimentation est la plus couramment utilisée.

Ainsi cette adaptation peut se manifester par un changement de texture des aliments en semi liquide, mixé lisse, en mixé ou bien encore en haché, par un changement de consistance des liquides en épaissi, en gelée ou bien simplement en pétillant. Au-delà de ce changement de texture, l'adaptation peut consister en un fractionnement des repas ou bien par la mise en place de menus spécifiques comme le manger-main, facilitant la prise des repas (Malerba et al., 2014).

Plusieurs adaptations alimentaires sont également préconisées lors de troubles de la déglutition et notamment, limiter la prise d'aliments à température ambiante et donc favoriser les aliments aux températures franches, soit suffisamment frais ou chauds, limiter les aliments filandreux et s'effritant en bouche, limiter les aliments à double texture et préférer les textures homogènes et lisses, rehausser les goûts pour permettre une meilleure perception des aliments et donc engendrer une salivation, nécessaire à une bonne déglutition (Cichero, 2018).

Par ailleurs, une adaptation alimentaire ne peut être efficace que si on la combine avec des aménagements spécifiques de l'environnement.

4.1.2 L'adaptation de l'environnement.

Les aménagements de l'environnement sont primordiaux dans la prise en charge des troubles de la déglutition et consistent d'abord en un aménagement d'un lieu propice à la prise alimentaire. Ainsi, limiter les écrans au moment du repas ou bien encore tout élément pouvant distraire les résidents et les déconcentrer est une priorité. Il convient également de favoriser la prise du repas dans un environnement calme et serein.

Cette adaptation consiste également à installer le résident de manière optimale pour limiter les risques de fausses routes. Ainsi, il est notamment préférable d'éviter la prise des repas au lit, favorisant une mauvaise installation. Il convient plutôt de proposer au résident de s'installer sur une chaise, pieds au sol, et de fléchir, légèrement et antérieurement, la tête vers le bas, pour permettre une meilleure protection des voies aériennes supérieures. A ces fins, une adaptation de matériel peut être nécessaire pour éviter une hyperextension de la tête, notamment au moment de la prise de liquide. Ainsi, parmi l'ensemble des matériels adaptés existants, il est possible de proposer aux résidents dysphagiques un verre échancré, mais aussi un tapis antidérapant pour maintenir l'assiette, un contour d'assiette pour favoriser l'autonomie lors de la prise alimentaire ou bien encore des couverts ergonomiques, adaptés aux contraintes physiologiques et motrices des patients.

Toutes ces adaptations ne sont pas systématiques et doivent être adaptées aux besoins des patients et aux spécificités de leurs troubles.

4.2 La formation des soignants

Les soignants, plus particulièrement chacun des aidants professionnels au sein des établissements hébergeant des personnes âgées dépendantes, sont au contact constant des résidents. Ils sont le premier maillon d'une longue chaîne de professionnels, et sont donc d'une importance capitale (Blackwell & Littlejohns, 2010; McGinnis et al., 2019). Afin de gérer de manière optimale la dysphagie, les soignants doivent donc être formés à la fois à la prévention et à la détection des troubles, mais également, à la mise en place d'adaptations appropriées et sécurisantes pour les résidents dysphagiques. Leurs rôles consistent notamment à mettre en œuvre toutes les actions préventives, comme par exemple prioriser l'hygiène bucco-dentaire ou encore favoriser l'autonomie des résidents, principales causes de pneumopathies d'inhalation (Langmore et al., 1998), afin de limiter les risques de développement de troubles de la déglutition et de leurs conséquences. Cependant, plusieurs études s'accordent à dire que les soignants mettent en place des adaptations inappropriées voire parfois dangereuses pour les patients dysphagiques (Blackwell & Littlejohns, 2010; Cormary & Tannou, 2014; Groher & McKaig, 1995; Steele et al., 1997). Ainsi, ils ont surtout tendance à simplifier l'alimentation des résidents avec troubles de la déglutition, à tort. Groher et McKaig ont démontré que la texture mixée était mise en place de manière quasiment automatique par les soignants, malgré le risque de déprivation sensorielle, d'hypostimulation, de désintérêt pour l'alimentation et donc, de dénutrition (Groher & McKaig, 1995). Cette prévention est souvent mise en place de manière systématique par les soignants, craignant les risques d'étouffements et d'asphyxie, beaucoup plus que les risques de pneumopathies, pourtant bien plus nombreuses, et davantage liées à l'hygiène buccale qu'à l'alimentation.

Au regard des nombreuses études citées, en lien avec les troubles de la déglutition et la formation initiale des soignants exerçant en EHPAD, celle-ci ne semble pas suffisante pour une prise en soin adaptée de la dysphagie. Toutes s'accordent à dire que ces aidants professionnels ont un besoin accru de formation pour pallier ce manque et permettre une meilleure détection des troubles de la déglutition, une prévention de leurs complications ainsi qu'une mise en place d'adaptations appropriées et personnalisées.

II Méthode

1 Objectifs de l'étude

L'objectif premier de cette étude est d'évaluer le niveau de connaissance des soignants, exerçant en EHPAD, à propos des troubles de la déglutition des personnes âgées, afin de cibler leurs besoins en termes de formations et d'outils pour qu'ils soient adaptés au mieux à leur demande.

Cette évaluation a pour but d'être un support concret à la création d'outils et de formations, afin qu'elle soit le plus adaptée à leurs demandes et leurs besoins. L'objectif final est, bien évidemment, d'adapter les informations communiquées et les aides apportées aux soignants, afin d'améliorer la détection, et la prise en charge des troubles de la déglutition des personnes âgées en EHPAD, actuellement préoccupante.

Nous nous sommes donc intéressés à la formation des soignants, qu'elle soit initiale ou continue, afin d'évaluer si celle-ci permettait une acquisition suffisante de connaissances théoriques et pratiques pour permettre une gestion adaptée des troubles de la déglutition des résidents âgés. Ainsi, nous nous sommes demandé si la formation initiale de ces soignants devait être complétée pour permettre une prise en soin adaptée de la dysphagie. Aussi, nous nous sommes interrogés sur l'impact de la réalisation de formations spécialisées sur les connaissances théoriques et pratiques des soignants concernant la gestion des troubles de la déglutition. En effet, la formation continue, suffit-elle, à améliorer la prévention et la détection des troubles de la déglutition, ainsi que la mise en place d'adaptations appropriées aux résidents dysphagiques ?

Nous avons notamment émis trois hypothèses pour répondre à ces différentes problématiques. Notre première hypothèse est que la formation initiale des soignants ne permet pas une acquisition théorique et pratique suffisante pour permettre une gestion adaptée des troubles de la déglutition. Notre seconde hypothèse est que, par ailleurs, la participation à des formations continues, sur la gestion de la dysphagie, permet de compenser ce manque en améliorant les connaissances des soignants sur les troubles de la déglutition. Enfin, notre troisième et dernière hypothèse est que les soignants ayant effectué des formations spécialisées, dans le cadre de leur formation continue, auront de meilleurs résultats, aux questions évaluant leurs connaissances

théoriques et pratiques, sur les troubles de la déglutition, surtout chez les soignants ayant été préalablement sensibilisés au cours de leur formation initiale.

Afin de répondre à ces interrogations, nous avons réalisé un questionnaire pour nous permettre de comparer les différents acquis des soignants selon leur sensibilisation à la dysphagie au cours de leur formation initiale et selon leur réalisation, ou non, de formations spécialisées au cours de leur carrière.

2 Population

Le questionnaire en ligne s'adressait aux soignants exerçant uniquement en EHPAD et au contact constant des résidents, c'est-à-dire, ceux qui prodiguent les soins quotidiennement, qui accompagnent les repas et, plus globalement, leur vie au sein de l'établissement. La liste de ces soignants se constitue donc des infirmiers, des aide-soignants, des aide-médoco-psychologiques (AMP), et des agents de soin tels que les auxiliaires de vie sociale (AVS) ou encore les agents des services hospitaliers (ASH), faisant fonction de soignants dans certains établissements.

2.1 Critère d'inclusion

Pour répondre à nos hypothèses de départ, nous avons analysé les résultats des soignants ayant effectué une formation sanitaire, sociale ou médico-sociale. Ainsi, plusieurs soignants ont été regroupés en différents groupes : ceux ayant été sensibilisés ou non, aux troubles de la déglutition au cours de leur formation initiale et ceux ayant effectué, ou non, des formations spécifiques sur la dysphagie, au cours de leur carrière.

2.2 Critère d'exclusion

Aucun critère d'exclusion n'a été mis en place, dans le but de récolter le plus de réponses possibles, afin d'avoir un échantillon le plus représentatif possible de ces soignants en EHPAD.

Finalement, comme le démontre la figure 1 ci-dessous, 157 personnes de 31 départements différents ont répondu au questionnaire avec respectivement 69 infirmiers, 58 aide-soignants, 22 agents de soin ainsi que 8 aide-médoco-psychologiques.

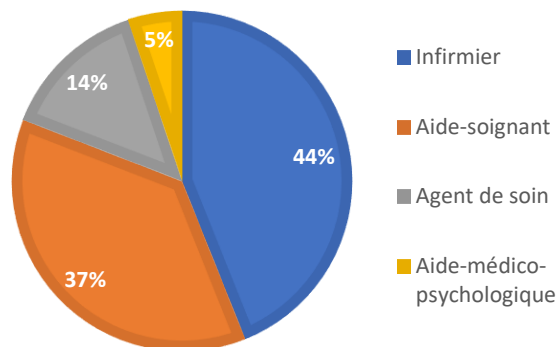


Figure 1 : Taux de réponses au questionnaire selon les professions

3 Matériel

Le questionnaire, présenté en annexe B, a été élaboré par le biais d'une plateforme en ligne, simple et intuitive. Il se compose de 39 questions réparties en cinq sections différentes. Parmi ces questions, 29 sont fermées et/ou nécessitant une réponse unique parmi des choix multiples, six sont ouvertes, nécessitant une rédaction personnelle de réponse courte et enfin, quatre sont des cases à cocher, nécessitant des réponses multiples et précises, ayant ainsi pour but d'évaluer, par une notation au moyen d'un barème de conformité stricte avec pénalité, les connaissances des soignants sur les troubles de la déglutition.

Pour éviter toute entrave à la continuité du questionnaire et limiter ainsi les abandons, un item « je ne sais pas » a été rajouté à chacune des questions à choix multiples.

Toutes les questions ont été marquées comme obligatoires, exceptées celles qui étaient ouvertes, jugées chronophages, laissant une possibilité au répondant de ne pas perdre de temps à rédiger une réponse.

La première section du questionnaire concernait les données générales des soignants, soit, leur profession, leur année de diplomation et le département de leur lieu d'exercice, pour pouvoir estimer notamment l'impact au niveau national de notre étude.

La seconde partie permettait d'évaluer les connaissances des soignants concernant l'orthophonie et son rôle dans la prise en charge des troubles de la déglutition. Ces questions permettaient également de mettre en évidence la présence ou non d'un orthophoniste salarié ou l'intervention d'orthophonistes libéraux au sein de l'établissement.

La troisième section avait pour objectif d'évaluer les compétences et ressentis des soignants concernant les troubles de la déglutition des personnes âgées. Cette partie est surtout composée de questions qui permettent de rendre compte de l'autoévaluation du niveau de connaissances des soignants, ainsi que de questions concernant les compétences et/ou connaissances réelles sur les troubles de la déglutition, les adaptations possibles ainsi que les conséquences et complications de la dysphagie. Ces questions sont la base de notre étude et évaluent au moyen d'une notation à barème de conformité stricte, avec pénalité, les acquis théoriques et pratiques des soignants, évaluant donc leur besoin de formations et/ou d'outils.

La quatrième partie concernait davantage la gestion actuelle des troubles dans leur établissement, en termes de prévention, de détection et d'adaptation. Les réponses à ces questions permettent notamment de lister les solutions et réponses apportées actuellement dans les EHPAD, face aux troubles de la déglutition, impactant nécessairement une partie de leurs résidents. Ces questions, majoritairement ouvertes, permettent de faire état des adaptations proposées, de leur pertinence, ainsi que de l'ordre et de la priorisation des actions menées.

La cinquième, et dernière section de ce questionnaire, avait pour but d'évaluer les besoins des soignants en termes d'outils mais aussi de formations, théoriques ou pratiques. Les questions de cette partie permettent également de recenser les soignants qui ont déjà participé à des formations sur le sujet, ou ceux qui considèrent que les acquis de leur formation initiale sont suffisants, pour pouvoir appréhender les troubles de la déglutition des résidents. Il semblait véritablement indispensable dans cette étude d'évaluer leur réceptivité puisqu'il existe de nombreux outils et formations sur le sujet. Par ailleurs, notre étude a donc pour but de mesurer leurs connaissances, mais surtout leurs besoins et la nécessité de leur venir en aide.

4 Procédure

Le questionnaire a été mis en ligne pour une durée de 45 jours, du 1^{er} février 2020 au 15 mars 2020. Le temps de remplissage de celui-ci a été évalué entre 10 et 15 minutes. Il a été diffusé, dans un premier temps, par mail, moyennant une liste de diffusion regroupant l'ensemble des EHPAD de la Fédération Hospitalière de France, ainsi qu'une liste de diffusion rassemblant les EHPAD de la fondation de l'Armée du Salut. L'objectif étant d'impacter le plus d'établissements possible, le questionnaire a été

diffusé au niveau national. Ce dernier a également été diffusé grâce aux réseaux sociaux, rassemblant des soignants d'EHPAD et afin d'enrichir d'autant plus l'échantillon, une version papier a également été diffusée dans plusieurs établissements, à disposition des soignants.

Les données recueillies respectent l'anonymat des participants et ne permettent pas de les identifier. Pour les informer des objectifs de l'étude et des conditions de recueil de données ainsi que pour leur garantir l'anonymat, une notice d'information a été diffusée en même temps que le questionnaire.

Pour permettre de répondre à nos problématiques de départ, nous avons choisi d'effectuer une analyse mixte, c'est-à-dire à la fois qualitative et quantitative. En effet, l'analyse quantitative nous permettra de répondre à nos interrogations par le biais des questions notées, mais également de confirmer ou infirmer nos hypothèses par le biais de données statistiques. Par ailleurs, une analyse qualitative nous semblait indispensable pour nous permettre d'étayer nos données et de gagner en précision, concernant les différentes pratiques et adaptations mises en place par les soignants exerçant en EHPAD. Ces données qualitatives nous permettent également de pouvoir davantage généraliser nos propos du fait de leur évaluation au moyen de plusieurs questions ouvertes.

III Résultats

Les résultats présentés dans cette partie détailleront les différentes réponses au questionnaire, diffusé dans les EHPAD. Pour commencer, il convient de développer les données de manière descriptive, en détaillant notamment les différents effectifs obtenus. Puis, dans un second temps, nous avons choisi de proposer des tests statistiques inter-sujets, afin d'effectuer des comparaisons de résultats ou d'évaluer l'impact de l'une des réponses sur une autre. L'objectif étant de répondre à une problématique précise en infirmant ou confirmant des hypothèses, toutes les questions n'ont pas été traitées et analysées. C'est pourquoi le plan de présentation des résultats s'appuiera seulement sur certaines des différentes sections, présentées dans la partie méthode, soit, les données générales, l'évaluation des connaissances des soignants et de leur gestion actuelle des troubles de la déglutition au sein de leur établissement, leurs formations, besoins et demandes, ainsi que, pour finir, l'analyse statistique de l'impact de leur formation sur leurs connaissances.

1 Profil des répondants au questionnaire

Après diffusion du questionnaire, 157 réponses de professionnels de santé exerçant uniquement en EHPAD ont été récoltées. Parmi les répondants, 69 étaient infirmiers, 58 étaient aide-soignants (AS), 22 étaient agents de soin (AgS) et 8 étaient aide-médico-psychologiques (AMP).

L'ensemble des répondants se distinguent également par leur diplomation, répartie sur 5 critères dont 4 intervalles, soit l'absence de diplôme, une obtention de diplôme datant de moins de 5 ans, entre 5 et 10 ans, entre 10 et 20 ans, et supérieur à 20 ans. Par ailleurs, un critère d'exclusion a été intégré à cette question, certaines réponses n'étant pas interprétables. Le nombre de répondants à cette question s'élève donc à 150. Ainsi, et comme l'indique la figure 2 ci-dessous, parmi les répondants, 8% n'ont pas de diplôme issu d'une formation sanitaire, sociale ou médico-sociale, 29.34% ont un diplôme datant de moins de 5 ans, 18% ont un diplôme daté d'entre 5 et 10 ans, 25.33% ont été diplômés entre 10 et 20 ans auparavant, et enfin, 19.33% ont un diplôme de plus de 20 ans.

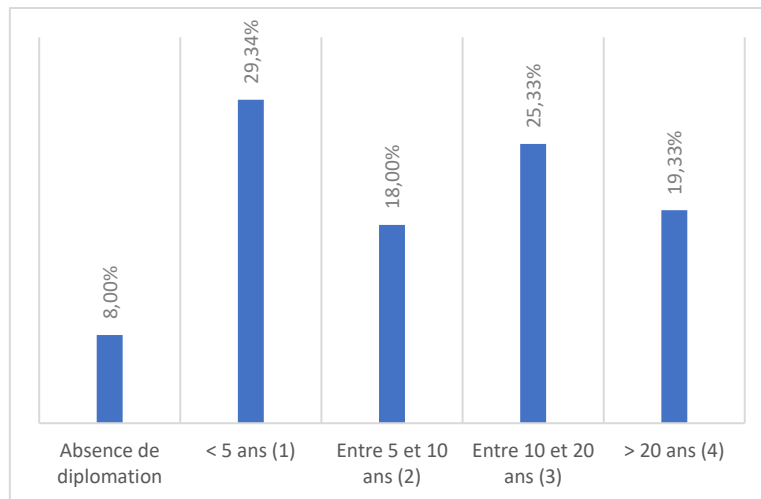


Figure 2 : Date de diplomation des professionnels ayant répondu au questionnaire

Aussi, parmi l'ensemble des 138 professionnels diplômés, 104, soit 75%, expriment avoir été sensibilisés aux troubles de la déglutition au cours de leur formation initiale. Les 34 autres, soit 25%, affirment ne pas y avoir été sensibilisés. Par ailleurs, parmi l'ensemble des 157 répondants, 23, soit 14.64%, estiment être confrontés constamment aux troubles de la déglutition des personnes âgées, 97, soit 61.78%, expriment être souvent confrontés à ce genre de troubles et 37, ou 23.56%, affirment l'être parfois. Pour autant, sur les 157 répondants, seulement 59, soit 38% affirment avoir effectué au moins une formation sur les troubles de la déglutition, contre 98, soit 62% qui déclarent n'en avoir jamais effectué au cours de leur formation continue.

2 Evaluation des connaissances des soignants sur les troubles de la déglutition, et de leur gestion actuelle au sein de leur établissement

Afin d'évaluer les connaissances des soignants sur les troubles de la déglutition, 6 questions parmi l'ensemble du questionnaire ont permis une évaluation à la fois des acquis théoriques mais également pratiques et concrets. Ainsi, concernant les connaissances théoriques, à la question suivante, évaluant les acquis anatomiques, en lien avec la déglutition, « Selon vous, quelles parties du corps sont concernées dans le processus de déglutition normal ? », parmi les bonnes réponses, 94% ont répondu la langue, 89% ont répondu la bouche, 77% ont répondu l'œsophage, 52% ont répondu le pharynx et 43% ont répondu l'épiglotte. Par ailleurs, parmi les distracteurs proposés, 65% ont répondu la glotte, 54% ont répondu la trachée, 45% ont répondu la luvette, 17% ont répondu les poumons et 2.5 % ont répondu le cœur. Après notation au moyen d'un barème de conformité stricte avec pénalité, la moyenne de l'ensemble des soignants, toute profession confondue, s'élève à 3.44/10.

Aussi, pour évaluer les acquis théoriques, à la question « Selon vous, parmi ces propositions, quelles sont les possibles conséquences d'un trouble de la déglutition ? » et parmi les choix et réponses multiples, 96% ont coché la fausse route, 86% l'asphyxie/l'étouffement, 83% la pneumopathie sévère, 62% la dénutrition, 45% la déshydratation, 31% l'isolement social et 25% le mutisme. Par ailleurs, parmi les distracteurs proposés, 13% ont coché l'asthme, 9% ont coché l'anosmie soit la perte partielle ou totale de l'odorat, 5% ont coché le cancer et 4.5% ont coché l'apnée du sommeil et la cophose soit la perte totale de l'audition. Ainsi, en appliquant le même barème, la moyenne de l'ensemble des soignants à cette question s'élève à 4.88/10. Par ailleurs, parmi les 157 répondants, 97% sont conscients que les troubles de la déglutition peuvent entraîner le décès du patient, 2% ne savent pas et environ 1% pensent que ceux-ci ne sont pas fatals.

Pour évaluer davantage les connaissances liées à la pratique des soignants, à la question « Selon vous, la fausse route est-elle associée à une toux ? », 84% d'entre eux s'accordent à dire qu'une fausse route n'est pas nécessairement associée à une toux et qu'il existe donc, des fausses routes dites silencieuses. Par ailleurs, 14% des répondants, pensent que la fausse route est obligatoirement associée à une toux. Les 2 % restants ont dit ne pas savoir. Cependant, la toux reste le premier signe cité par les soignants pour identifier un trouble de la déglutition. Ainsi, parmi les réponses des soignants sur les signes alertant d'une fausse route, 111 d'entre eux, soit 71% répondent la toux. Par ailleurs, 18.5% d'entre eux répondent également que l'un des signes cliniques qui les alertent sur la présence d'un trouble de la déglutition, est le visage rouge voire cyanosé des résidents. Ainsi, 11% d'entre eux estiment que l'étouffement est un symptôme alarmant et prédicteur de troubles de la déglutition. Parmi les autres signes cliniques cités par les soignants, le maintien des aliments en bouche, le refus d'alimentation et/ou la perte d'appétit, l'appréhension et/ou le changement de comportement au moment du repas ainsi que les difficultés respiratoires marqués par un grailonnement, un tirage, un encombrement, une dyspnée ou bien encore par des pneumopathies à répétition ont été mentionnés par 6 à 13% des répondants. Indiqués également à hauteur de 1 à 5% par les soignants, la vitesse d'alimentation, la modification vocale voire le mutisme, le hémage, la présence de stases buccales, le bavage, les yeux larmoyants ou encore un

changement soudain d'habitudes alimentaires, sont autant de signes cliniques cités par les soignants comme étant indicateurs d'un potentiel trouble de la déglutition.

Par ailleurs, toujours concernant l'évaluation des connaissances concrètes des soignants, à la question « Selon vous, l'adaptation de la texture des repas en "mixé", protège-t-elle des fausses routes ? », 50% juge cette adaptation protectrice d'éventuelles fausses routes, mais pas suffisante. Selon eux, la texture mixée est à mettre en place systématiquement après suspicion de troubles de la déglutition, mais en complément d'autres adaptations, nécessaires pour garantir une meilleure protection. 40% des participants estiment que ce n'est pas une adaptation à mettre en place systématiquement après une fausse route, mais qu'elle doit être adaptée en fonction de l'origine du trouble. 7% des répondants l'estiment suffisante, et donc, totalement protectrice, moins de 2% la considèrent comme totalement inutile, et 2 % ne connaissent pas son utilité et la protection qu'elle apporte. Pour autant, concernant la gestion actuelle des troubles de la déglutition, la première adaptation proposée par les soignants, pour les résidents dysphagiques, est la modification de texture alimentaire. En effet, parmi les différentes adaptations proposées par les soignants, 65.6% ont notamment cité la modification de texture de l'alimentation en mixé (28.6%) ou bien en haché (11.5%). Parmi toutes les réponses, 40.8% des répondants ont également mentionné la modification des liquides en eau gazeuse (27.4%), en eau gélifiée (18.5%) ou bien encore en eau épaissie (17.8%), 17.2% des répondants ont indiqué la modification de l'installation posturale au moment du repas, 12.7% proposent quant à eux une aide et une surveillance accrue pendant le repas, 10.2% citent la mise en place de matériels ergonomiques, comme les couverts, les verres ou encore les contours d'assiette. Entre 0.5% et 2% des répondants ont également évoqué le manger-main, l'utilisation d'une paille, les repas hyperprotéinés en cas de dénutrition, la favorisation d'un environnement calme au moment du repas ou bien encore la fraction des repas sur la journée.

D'autre part, pour évaluer les acquis concrets des soignants, des questions sur le matériel ergonomique possible à proposer à des résidents dysphagiques ont été proposées au sein du questionnaire. Ainsi, à la question « Dans les adaptations possibles du matériel pour les personnes avec troubles de la déglutition, connaissez-vous le verre à encoche nasale ? », 81.5% connaissent le verre à encoche nasale. Cependant, 71% des répondants disent avoir à disposition dans leur établissement ce

type d'outils, 15% disent ne pas avoir de verre à encoche nasale dans leur EHPAD, et 14% avoue ne pas savoir si ce matériel est disponible ou non. Par ailleurs, concernant le verre à bec, ou verre canard, à la question « Selon vous, le verre-canard est-il une adaptation possible et appropriée pour les résidents avec troubles de la déglutition ? », 30.5% des participants ont estimé que celui-ci est une adaptation appropriée pour les résidents avec trouble de la déglutition. Aussi, 58.6% considèrent que ce n'est pas un matériel adapté et 11.4% ont exprimé ne pas savoir.

Enfin, la prévention des troubles de la déglutition, qu'elle soit à destination des familles des résidents ou des soignants eux-mêmes, semble être peu investie par les EHPAD puisque, parmi l'ensemble des répondants au questionnaire, 65.5% expriment qu'il n'existe pas d'outils de prévention à destination des familles, au sein de leur EHPAD, 26.5% avouent ne pas savoir si un tel outil est mis à disposition dans l'établissement et seulement 8% affirment qu'un outil de prévention est disponible pour les familles. Pourtant, sur les 157 réponses de soignants, 153 participants, soit 97.5%, ont affirmé être intéressés par un outil pour faciliter la prévention des troubles de la déglutition à destination des familles de résidents. Une personne n'était pas intéressée par ce type d'outil, soit moins de 1% et 3 soignants, soit presque 2%, ont dit ne pas savoir s'ils étaient intéressés.

3 Evaluation de la demande et des besoins en formation

A propos de l'évaluation des besoins des soignants concernant la formation aux troubles de la déglutition de manière générale, et comme le démontre la figure 3, 60% des soignants se sentent peu formés à la prévention des troubles (plutôt non), 29% estiment être relativement bien formés (plutôt oui), 10% pas du tout formés et 1 % parfaitement formés. Concernant la détection des troubles de la déglutition, 48.50% des répondants se sentent peu formés (plutôt non), 41.50% estiment être relativement bien formés et 10% pas du tout formés. Enfin, concernant la mise en place des adaptations, 52% des soignants estiment être peu formés, 39.50% considèrent être plutôt bien formés, 6.50% estiment n'être pas du tout formés, et enfin, 2% se sentent parfaitement formés.

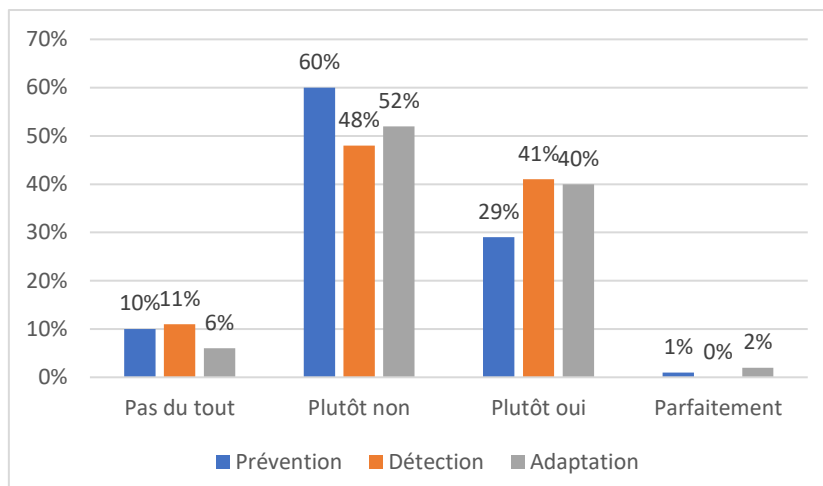


Figure 3 : Auto-estimation du niveau de compétence des soignants concernant la prévention, la détection et la mise en place d'adaptations pour les troubles de la déglutition

Aussi, parmi l'intégralité des participants, 95.5% disent être intéressés le cas échéant par une formation regroupant l'ensemble des besoins théoriques et pratiques afin de prendre en soin le mieux possible les troubles de la déglutition des personnes âgées résidant en EHPAD. 2.5% expriment ne pas être intéressés par ce type de formation et 2% ont dit ne pas savoir si cela les intéresserait.

4 Analyse statistique de l'impact de la formation en déglutition, sur les connaissances des soignants

Nous avons effectué plusieurs tests statistiques, t de Student non apparié, pour mesurer précisément l'impact de la sensibilisation à la dysphagie lors de la formation initiale (FI) et de la réalisation d'une formation spécialisée concernant les troubles de la déglutition (FC), sur les différentes connaissances des soignants, qu'elles soient théoriques ou pratiques, évaluées par les 6 résultats suivants, soit les connaissances en anatomie ORL (v1), les connaissances des conséquences des troubles de la déglutition (v2), les connaissances sur l'efficacité de protection de la texture mixée selon les troubles et le patient (v3), la connaissance de l'existence du verre à encoche nasale comme outil adapté (v4), la connaissance de la dangerosité du verre canard pour les résidents dysphagiques (v5), et la connaissance de l'existence de fausses routes dites silencieuses, sans toux alarmiste (v6).

Ainsi, les résultats des 86 réponses des soignants ayant effectué une formation initiale mais pas de formations continues spécifiques sur les troubles de la déglutition, ne mettent pas en évidence un effet significatif de la sensibilisation aux troubles de la déglutition en formation initiale sur les connaissances en anatomie ORL, $t(84) = -1.20$, $p = .23$, sur la protection partielle de la texture alimentaire en mixé, $t(84) = .16$, $p = .88$, sur l'existence de fausses routes sans toux alarmiste, $t(84) = -.48$, $p = .63$, ainsi que sur l'efficacité des différents matériels ergonomiques, notamment le verre à encoche nasale, $t(84) = -1.30$, $p = .19$, et le verre canard, $t(84) = -.38$, $p = .70$. Par ailleurs, on observe que les résultats mettent en évidence un effet significatif de la sensibilisation aux troubles de la déglutition en formation initiale sur la connaissance des conséquences et enjeux de ces troubles sur la santé des résidents, $t(84) = -2$, $p = .04$.

Tableau 1 : Niveau de connaissance des soignants selon leur sensibilisation aux troubles de la déglutition lors de leur formation initiale

Independent Samples T-Test

	t	df	p
v1	-1.204	84	0.232
v2	-2.008	84	0.048
v3	0.156	84	0.876
v4	-1.303	84	0.196*
v5	-0.382	84	0.704
v6	-0.483	84	0.630

Note. Student's t-test.

De la même manière, les résultats au second t de Student ne mettent pas en évidence un effet significatif de la réalisation de formations continues sur les acquis théoriques et pratiques des soignants, c'est-à-dire sur les connaissances concernant l'anatomie ORL, $t(155) = .38$, $p = .70$, sur les enjeux des troubles de la déglutition, $t(155) = -1.83$, $p = .07$, sur l'efficacité de la texture mixée, $t(155) = -1.29$, $p = .20$, sur l'existence de fausses routes dites silencieuses, soit sans toux alarmiste, $t(155) = -.91$, $p = .36$, ainsi que sur la connaissance des différents matériels ergonomiques évaluée dans ce questionnaire, soit le verre à encoche nasale, $t(155) = -.89$, $p = .37$ et le verre canard, $t(155) = -1.82$, $p = .07$.

Tableau 2 : Niveau de connaissance des soignants selon la réalisation de formations spécialisées lors de leur formation continue

Independent Samples T-Test

	t	df	p
v1	0.379	155	0.705
v2	-1.835	155	0.068
v3	-1.289	155	0.199 ^a
v4	-0.895	155	0.372 ^a
v5	-1.823	155	0.070 ^a
v6	-0.912	155	0.363

Note. Student's t-test.

Par ailleurs, pour évaluer un éventuel effet d'interaction des deux variables, nous avons également réalisé une ANOVA à un facteur de 4 modalités, soit un groupe de soignants non sensibilisés lors de leur formation initiale et n'ayant pas effectué de formation continue sur les troubles de la déglutition, un second groupe ayant été sensibilisé mais n'ayant pas réalisé de formation continue, un troisième groupe non sensibilisé mais formés par la suite et un quatrième, et dernier groupe, ayant été sensibilisé et formé. L'hypothèse émise ici est que l'analyse de contraste mettra en évidence que les résultats évaluant les connaissances des soignants, seront meilleurs dans le quatrième groupe, soit celui ayant été sensibilisé aux troubles de la déglutition et ayant réalisé une formation spécialisée sur la dysphagie, que dans les autres groupes. Nous émettons également l'hypothèse que les groupes trois et quatre, soit ceux composés de soignants ayant réalisé des formations au cours de leurs carrières, auront respectivement de meilleurs résultats que les autres groupes. Ainsi, les résultats ne mettent pas en évidence de différence significative entre les conditions, sur les résultats évaluant l'anatomie ORL, $F(3, 134) = 1.03, p = .38$, les connaissances sur les conséquences des troubles de la déglutition, $F(3, 134) = 2.12, p = .10$, sur l'efficacité de la protection de la texture mixée en fonction des patients dysphagiques, $F(3, 134) = .66, p = .58$, ainsi que sur la connaissance des différents matériels ergonomiques, ici particulièrement la dangerosité du verre canard pour les patients avec troubles de la déglutition, $F(3, 134) = .60, p = .61$. En ce qui concerne les résultats des questions sur la connaissance de l'existence de fausses routes silencieuses et de verre à encoche nasale comme matériel ergonomique, la majorité des répondants ayant coché les mêmes réponses, les variances obtenues sont trop faibles pour permettre une telle analyse. Les hypothèses précédemment citées ne peuvent donc pas être confirmées.

IV Discussion

1 Contexte de l'étude

La prise en charge des troubles de la déglutition chez la personne âgée résidant en EHPAD, constitue, ce jour, un véritablement problème de santé publique. Le degré de gravité et les conséquences importantes de la dysphagie, engageant la vie de la personne, semblent sous-estimés, au regard du nombre annuel de décès, secondaires à un trouble de la déglutition. Aujourd'hui, la maîtrise et la gestion adaptée de ces troubles, par les soignants au contact constant des résidents de ces établissements, se doit d'être une priorité, à la fois pour les aidants eux-mêmes, mais également pour les orthophonistes, professionnels assurant le bilan et la rééducation de la dysphagie.

L'objectif final de cette étude est donc de permettre une meilleure prise en charge des troubles de la déglutition par les soignants, ou aidants professionnels, les plus au contact des résidents d'EHPAD, en évaluant leurs besoins en formation, et notamment si celles-ci sont suffisantes à l'acquisition des connaissances et compétences sur la prise en charge de la dysphagie gériatrique. Nous nous sommes alors demandé si la formation initiale était suffisante pour permettre une prise en charge adaptée et optimale des personnes âgées avec troubles de la déglutition. Aussi, nous avons cherché à savoir si la formation continue avait suffisamment d'impact sur les connaissances théoriques, ainsi que sur la pratique des soignants, dans la gestion des troubles de la déglutition des sujets âgés, résidant en EHPAD. Nous avons émis l'hypothèse que la formation initiale des soignants, concernés par le questionnaire, ne permettait pas une acquisition théorique et pratique suffisante pour une gestion adaptée de la dysphagie. Par ailleurs, notre seconde hypothèse est que la formation continue devrait combler certaines lacunes, et donc, améliorer les résultats des soignants, notamment en connaissances théoriques et pratiques. Précisément, et en troisième hypothèse, nous avons supposé que les résultats aux questions évaluant les connaissances théoriques et pratiques des soignants, seront supérieurs chez les soignants ayant réalisé des formations complémentaires et spécifiques sur les troubles de la déglutition, surtout chez ceux qui ont préalablement été sensibilisés lors de leur formation initiale.

Pour tester ces hypothèses, nous avons réalisé un questionnaire à destination des infirmières, aide-soignants, agents de soin et aide-médico-psychologiques, exerçant

uniquement en EHPAD, afin d'évaluer le lien entre la réalisation de formations, qu'elles soient initiales ou continues, et leurs connaissances théoriques et pratiques, en interrogeant notamment la gestion actuelle des troubles, et les différentes adaptations mises en place.

2 Analyse des résultats

Nous avons observé que parmi les répondants ayant effectué une formation sanitaire, sociale ou médico-sociale dans le but d'exercer au contact des personnes âgées en EHPAD, soit 138 soignants, 24.6%, soit 34 répondants, n'ont pas été sensibilisés aux troubles de la déglutition lors de leur formation initiale. D'autre part, parmi ces 138 soignants, 52, dont 8 n'ayant pas été préalablement sensibilisé, ont effectué des formations complémentaires sur la dysphagie, au cours de leur carrière.

En comparant les données des soignants avec, et sans sensibilisation, au cours de leur formation initiale, et en excluant ceux ayant effectué une formation continue sur le sujet, les résultats semblent démontrer que cette sensibilisation n'a pas d'impact significatif sur les connaissances théoriques et pratiques des soignants. En effet, les scores obtenus nous indiquent qu'il n'y a pas de différences significatives entre les deux conditions, sur les connaissances de l'anatomie ORL, celles des conséquences des troubles de la déglutition sur la santé du patient, sur la conscience de la protection partielle de la texture mixée et de l'existence de fausses routes silencieuses, ainsi que sur la connaissance des différents matériels ergonomiques, et notamment celle du verre à encoche nasale et de la dangerosité du verre canard pour les patients dysphagiques. Ces résultats peuvent s'expliquer par une faible différence entre les moyennes obtenues par les soignants, aux six questions évaluatives. Il semblerait donc que la sensibilisation aux troubles de la déglutition lors de la formation initiale ne soit pas suffisante, et probablement pas assez pratico-pratique pour permettre une bonne gestion de la dysphagie. Ces résultats nous permettent de confirmer notre hypothèse, et corroborent, notamment, les données de la littérature concernant la nécessité accrue d'effectuer des formations continues, sur la dysphagie, pour les soignants (Steele et al., 1997; Werner, 2005). Ces résultats sont toutefois à interpréter avec réserve du fait de la disparité des formations initiales au sein de notre questionnaire, regroupant l'ensemble des formations sanitaires, sociales et médico-sociales allant donc du brevet d'études professionnelles sanitaire et social, jusqu'à la

formation spécifique des infirmiers, en passant par le baccalauréat professionnel et la formation spécifique des aide-soignants.

Concernant la formation continue, sur les 157 répondants répartis sur tout le territoire français, 59, soit 38%, affirment avoir réalisé au moins une formation spécialisée sur les troubles de la déglutition. Ces premiers résultats confirment déjà les données de la littérature concernant le faible taux de soignants se formant à la dysphagie (Cormary & Tannou, 2014). Par ailleurs, en comparant les résultats obtenus en fonction de la réalisation de formations spécialisées sur les troubles de la déglutition, nous observons que les résultats du groupe de soignants ayant effectué une formation ne sont pas significativement différents, par rapport au groupe de soignants n'en ayant pas effectué. Ainsi, les scores obtenus aux questions évaluant les connaissances sur l'anatomie ORL, sur les conséquences des troubles de la déglutition sur la santé des résidents, sur la protection partielle qu'offre la texture alimentaire mixée, sur l'existence de fausses routes silencieuses, ainsi que sur l'efficacité des différents matériels ergonomiques comme le verre à encoche nasale et la dangerosité du verre canard, ne sont pas significativement différents et ne permettent donc pas d'affirmer que la réalisation de formations continues sur la dysphagie suffit à une acquisition de connaissances théoriques et pratiques satisfaisantes. En analysant de manière plus poussée les résultats, nous observons même que les moyennes obtenues par les soignants ayant effectué des formations, sont inférieures à celles obtenues par les soignants non formés. Ces résultats infirment donc notre seconde hypothèse et sont contraires à certaines données de la littérature qui confirment l'incidence positive de la réalisation de formations spécialisées sur la gestion de la dysphagie en EHPAD (Blackwell & Littlejohns, 2010; O'Loughlin & Shanley, 1998). Par ailleurs, d'autres articles font référence également au faible impact de la réalisation de formation continue sur la prise en soin des troubles de la déglutition en l'attribuant notamment au turn over important des soignants dans ce type d'établissement (Cormary & Tannou, 2014). Ici, dans le cadre de ce questionnaire notamment, les résultats sont à interpréter, là aussi, avec réserve. En effet, notre questionnaire ne nous permet pas d'analyser le contenu des formations réalisées, et si celles-ci ont été soutenues par des orthophonistes ou par des organismes de formations généraux. Aussi, nous n'avons pas connaissance des dates de réalisation de ces formations, qui peuvent avoir été effectuées il y a plusieurs années et impacter donc les acquisitions et la prise

en soin, prodiguée par les soignants. Ainsi, cette donnée semble mettre en évidence l'importance de la régularité dans ces formations continues, et corrobore ainsi des éléments de la littérature (Blackwell & Littlejohns, 2010; Cormary & Tannou, 2014)

Par ailleurs, pour évaluer un potentiel effet d'interaction entre les deux variables, soit la sensibilisation aux troubles de la déglutition lors de la formation initiale ainsi que la réalisation de formations spécialisées au cours de la carrière des soignants, nous avons effectué une ANOVA à une modalité et quatre facteurs. Ainsi, nous avons comparé la moyenne des résultats, obtenue pour les différents groupes de soignant, soit un groupe de 26 soignants non sensibilisés et non formés, un groupe de 8 soignants, non sensibilisés mais formés, un groupe de 60 soignants sensibilisés mais non formés, et un dernier groupe de 44 soignants sensibilisés et formés. Les moyennes des résultats obtenues ne sont pas significativement différentes selon les conditions. Ainsi, cette donnée ne nous permet donc pas de confirmer notre troisième et dernière hypothèse, formulant que les soignants ayant été sensibilisés au cours de leur formation initiale et ayant, en plus, réalisé des formations spécialisées au cours de leur carrière, auraient de meilleurs résultats que les autres groupes, aux questions citées précédemment. Ce résultat ne nous permet pas, là aussi, d'affirmer que les formations spécialisées aient un impact sur les connaissances ou la pratique des soignants, et contredit donc certaines données de la littérature affirmant le contraire (Blackwell & Littlejohns, 2010; O'Loughlin & Shanley, 1998; Steele et al., 1997; Werner, 2005). Ces données sont cependant à interpréter avec parcimonie. En effet, elles peuvent notamment être expliquées par les différences de niveau de diplôme, non pris en compte dans l'analyse, mais également par la différence de l'expérience professionnelle inter-sujets, marquée par le nombre d'années d'exercice plus ou moins élevé, ou bien encore, simplement par le nombre de sujets par groupe de variable, peu homogène.

D'autre part, notre questionnaire permet également de mettre en exergue les pratiques des soignants, d'une manière plus qualitative. Ainsi, parmi l'ensemble des réponses proposées par les répondants, à la question sur les symptômes permettant de détecter ou d'alerter sur un potentiel trouble de la déglutition, 70% ont répondu la toux. Malgré le fait qu'environ 87% des soignants soient informés sur l'existence de fausses routes silencieuses, sans toux alarmiste, celle-ci reste cependant le principal moyen de détection et ne permet donc pas un diagnostic complet et précis. Ces données sont

notamment corroborées par Tannou et Cormary (Cormary & Tannou, 2014) qui expliquent que la toux ainsi que l'étouffement sont les principaux signes alarmant les soignants de la présence de troubles de la déglutition chez les résidents.

Concernant les adaptations proposées par les soignants, le changement de texture alimentaire reste la principale réponse à une dysphagie détectée et diagnostiquée, puisque 66% des répondants l'ont cité. Ces observations confirment les données de la littérature concernant la prise en soin trop diététique des troubles de la déglutition et pas assez axés sur les besoins et capacités réelles du patient (Cormary & Tannou, 2013, 2013; Decottignies et al., 2016; Groher & McKaig, 1995; Steele et al., 1997).

3 Limites et biais de l'étude

Notre étude a permis d'analyser, l'impact d'une sensibilisation aux troubles de la déglutition, au cours de la formation initiale, et de la réalisation de formations spécialisées, enrichissant la formation continue, sur les connaissances théoriques et pratiques des soignants exerçant en EHPAD.

Par ailleurs, notre étude est limitée par le nombre de répondants au questionnaire, diffusé pourtant à grande échelle. En effet, un plus grand panel de réponses, aurait permis une meilleure homogénéité au sein des groupes de soignants et nous aurait donc permis d'intégrer à nos variables, les différentes professions et ainsi, les niveaux de diplôme différents. Ces derniers génèrent un biais dans notre analyse, puisque les connaissances théoriques initiales demandées à un infirmier, ne sont pas similaires à celles demandées à un aide-soignant, ou à un agent de soin. De la même manière, la non prise en compte de l'expérience des soignants et donc de leur date de diplomation dans l'analyse, génère un biais puisqu'il est probable que la prise en charge des troubles de la déglutition ne soient pas similaires pour un soignant nouvellement diplômé ou diplômé depuis plusieurs années. Il aurait en effet également été intéressant de mesurer l'impact de l'expérience professionnelle sur les connaissances et la pratique des soignants exerçant en EHPAD.

D'autre part, une seconde limite de notre étude est la non-exhaustivité de l'évaluation des connaissances théoriques et pratiques des soignants. Pour pallier cette limite, nous avons proposé au sein de notre questionnaire, des questions ouvertes, la liste de réponses ne pouvant être exhaustive. Cependant, ce format de questions pose souvent des difficultés notamment dans le taux d'absence de réponses du fait de leur

caractère trop chronophage. De plus, une question ouverte, proposée dans l'impossibilité de lister de manière exhaustive les réponses possibles, entraîne nécessairement une incomplétude de la part des soignants, concernant notamment les réponses citées sur les adaptations possibles ou encore sur les signes permettant la détection d'un trouble de la déglutition. Il apparaît donc difficile d'évaluer, au moyen d'un questionnaire, l'ensemble des compétences des soignants et donc par conséquent, de les comparer selon la réalisation de formations continues. Une analyse des pratiques dans un EHPAD serait probablement plus adaptée pour se rendre compte des compétences des soignants et de la gestion actuelle des troubles de la déglutition au sein de ces établissements, cependant les données resteraient difficilement généralisables à l'intégralité des EHPAD. Par ailleurs, pour pallier cette difficulté, nous avons davantage évalué la connaissance théorique des soignants mais également la connaissance des adaptations possibles à proposer, soit une connaissance dite plus pratique et concrète.

Le troisième et dernier biais de cette étude concerne la forme du questionnaire lui-même. En effet, nous avons souhaité, à travers l'intégralité des questions, balayer toutes les modalités de prise en charge des troubles de la déglutition, soit la détection, la mise en place d'adaptations appropriées ainsi que la prévention. Par ailleurs, certaines interrogations, induisaient les réponses suivantes. Certaines questions n'ont donc pas pu être analysées, d'autres ont toutefois été étudiées mais sont donc à interpréter avec réserve du fait de ce biais. D'autre part, la diffusion d'un questionnaire à grande échelle peut avoir une limite notamment dans la complétion des formulaires par les soignants. En effet, en analysant plus finement les réponses obtenues, certaines, produites à quelques minutes d'intervalle, proviennent du même département et sont quasiment similaires. Nous appréhendons notamment que les questionnaires aient été remplis par plusieurs soignants au même endroit et au même moment, induisant donc des réponses groupées et non personnelles, et par conséquent des biais. C'est une des limites de la diffusion d'un questionnaire comme celui-ci.

4 Conclusion

Cette étude ayant pour objectif de mettre en exergue les besoins des soignants, exerçant en EHPAD, en termes de formation, nos conclusions ont pour ambition à la fois de faire prendre conscience de l'importance de la prise en charge adaptée des

troubles de la déglutition pour les résidents, responsables de nombreux décès chaque année, mais également, de permettre aux orthophonistes de proposer des formations et outils adaptés aux besoins, aux demandes ainsi qu'aux conditions de travail des soignants, d'une manière générale.

Ainsi, malgré les biais, et en interprétant les résultats avec prudence étant donné les limites citées, nous pouvons conclure que l'ensemble des résultats de notre étude semble démontrer que la sensibilisation à la dysphagie au cours de la formation initiale des soignants, exerçant en EHPAD et les plus au contact des résidents, n'a pas de réel impact sur leurs connaissances théoriques et pratiques et donc, par conséquent, sur leur gestion des troubles de la déglutition. En effet, celle-ci ne semble pas suffisante, pour permettre une prise en charge optimale des troubles de la déglutition des personnes âgées. Aussi, la réalisation de formations spécialisées sur la dysphagie, ne semble pas non plus, permettre un accès à de meilleures connaissances, concrètes et pratiques. Les résultats démontrent également qu'il n'y a pas de différences significatives entre les scores des quatre différents groupes de variables, soit les groupes de soignants avec ou sans sensibilisation en formation initiale et ayant, pour chacun des deux groupes, réalisé ou non, des formations spécialisées sur la gestion des troubles de la déglutition en EHPAD. Bien que très importantes, il semblerait que ces formations ne soient pas suffisantes et pas assez pratico-pratiques, au regard des scores des soignants, mais également, au vu du nombre d'hospitalisations annuelles des résidents d'EHPAD, pour pneumopathie notamment (Haute Autorité de Santé, 2015; Langmore et al., 1998). Cette étude nous amène donc à réfléchir à d'autres solutions, hormis les formations, qui pourraient permettre une prévention, une détection et une prise en charge adaptées de la dysphagie, et à hauteur de ses conséquences sur les résidents. Les outils favorisant la prévention et améliorant la détection de ces troubles, semblent être une solution possible, à adapter aux conditions de travail et au besoin des soignants et à diffuser à grande échelle, à l'ensemble des EHPAD, largement demandeurs. Par ailleurs, il aurait été intéressant, pour compléter cette étude, d'évaluer le niveau de connaissances et de sensibilisation des étudiants infirmiers ou aide-soignants, pour mettre en exergue l'importance de l'intervention des orthophonistes dans leur formation initiale, afin de les sensibiliser, mais aussi de les former à ces troubles, aux conséquences tragiques.

Références

- Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé (ANAES). (1998). *Acta Endoscopica*, 28(2), 151-155. <https://doi.org/10.1007/BF03019434>
- Alagiakrishnan, K., Bhanji, R. A., & Kurian, M. (2013). Evaluation and management of oropharyngeal dysphagia in different types of dementia : A systematic review. *Archives of Gerontology and Geriatrics*, 56(1), 1-9. <https://doi.org/10.1016/j.archger.2012.04.011>
- Allepaerts, S., Delcourt, S., & Petermans, J. (2008). Les troubles de la déglutition du sujet âgé : Un problème trop souvent sous-estimé. *Rev Med Liège*, 63(12), 7.
- Allepaerts, S., Delcourt, S., & Petermans, J. (2014). Personnes âgées et troubles de la déglutition. *Rev Med Liège*, 69, 5-6.
- Aslam, M., & Vaezi, M. F. (2013). Dysphagia in the elderly. *Gastroenterology & hepatology*, 9(12), 784-795.
- Aviv, J. E. (1997). Effects of Aging on Sensitivity of the Pharyngeal and Supraglottic Areas. *The American Journal of Medicine*, 103(5), 74S-76S. [https://doi.org/10.1016/S0002-9343\(97\)00327-6](https://doi.org/10.1016/S0002-9343(97)00327-6)
- Bhattacharyya, N. (2014). The Prevalence of Dysphagia among Adults in the United States. *Otolaryngology–Head and Neck Surgery*, 151(5), 765-769. <https://doi.org/10.1177/0194599814549156>
- Blackwell, Z., & Littlejohns, P. (2010). A review of the management of dysphagia : A South African perspective. *The Journal of Neuroscience Nursing: Journal of the American Association of Neuroscience Nurses*, 42(2), 61-70. <https://doi.org/10.1097/jnn.0b013e3181ce5c86>
- Bloem, B. R., Lagaay, A. M., van Beek, W., Haan, J., Roos, R. A., & Wintzen, A. R. (1990). Prevalence of subjective dysphagia in community residents aged over 87. *BMJ*, 300(6726), 721-722. <https://doi.org/10.1136/bmj.300.6726.721>
- Camidge, D. R. (2001). The Causes of Dysphagia in Carcinoma of the Lung. *Journal of the Royal Society of Medicine*, 94(11), 567-572. <https://doi.org/10.1177/014107680109401104>

- Chaumartin, N., Monville, M., & Lachaux, B. (2012). Une ou des dysphagies lors d'un traitement par neuroleptiques ? *L'Encéphale*, 38(4), 351-355. <https://doi.org/10.1016/j.encep.2011.07.002>
- Chevillot-Sauger, A. (2018). *La presbyphagie : Les troubles de la déglutition chez la personne âgée*. Éditions du Puits Fleuri.
- Cichero, J. A. Y. (2018). Age-Related Changes to Eating and Swallowing Impact Frailty : Aspiration, Choking Risk, Modified Food Texture and Autonomy of Choice. *Geriatrics*, 3(4). <https://doi.org/10.3390/geriatrics3040069>
- Clark, B. C., & Manini, T. M. (2008). Sarcopenia ≠ Dynapenia. *The Journals of Gerontology Series A: Biological Sciences and Medical Sciences*, 63(8), 829-834. <https://doi.org/10.1093/gerona/63.8.829>
- Cormary, X., & Tannou, Y. (2013, décembre). La prévention des troubles de la déglutition en Ehpad. *En pratique*, 166, 2.
- Cormary, X., & Tannou, Y. (2014, septembre). Prévention des troubles de la déglutition en neuro-gériatrie. *L'orthophoniste*, 341, 8.
- Covelet, R. (2007). Prendre enfin conscience des enjeux des déficits sensoriels des personnes âgées. *Gérontologie et société*, 30 / n° 123(4), 249. <https://doi.org/10.3917/gs.123.0249>
- Decottignies, F., Lacoste, E., & Tannou, Y. (2016). Troubles de la déglutition en EHPAD, la nécessaire remise en question des réflexes. *La Revue de Gériatrie*, 41(10), 5.
- Dejaeger, M., Liesenborghs, C., & Dejaeger, E. (2015). Presbyphagia. In R. Speyer & H. Bogaardt (Éds.), *Seminars in Dysphagia*. InTech. <https://doi.org/10.5772/60780>
- Doty, R. L., & Kamath, V. (2014). The influences of age on olfaction : A review. *Frontiers in Psychology*, 5. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2014.00020>
- Duchateau, J., Nicol, C., & Baudry, S. (2014). Le vieillissement du système neuromusculaire : De la sarcopénie à la dynapénie. *Kinésithérapie, la Revue*, 14(145), 45-51. <https://doi.org/10.1016/j.kine.2013.09.010>
- Ebihara, T., Ebihara, S., Maruyama, M., Kobayashi, M., Itou, A., Arai, H., & Sasaki, H. (2006). A randomized trial of olfactory stimulation using black pepper oil in older people with

- swallowing dysfunction. *Journal of the American Geriatrics Society*, 54(9), 1401-1406.
<https://doi.org/10.1111/j.1532-5415.2006.00840.x>
- Flowers, H. L., Skoretz, S. A., Streiner, D. L., Silver, F. L., & Martino, R. (2011). MRI-Based Neuroanatomical Predictors of Dysphagia after Acute Ischemic Stroke : A Systematic Review and Meta-Analysis. *Cerebrovascular Diseases*, 32(1), 1-10.
<https://doi.org/10.1159/000324940>
- Forster, A., Samaras, N., Gold, G., & Samaras, D. (2011). Oropharyngeal dysphagia in older adults : A review. *European Geriatric Medicine*, 2(6), 356-362.
<https://doi.org/10.1016/j.eurger.2011.08.007>
- Gonzalez, L. (2004). Conséquences de la désafférentation sensorielle chez les personnes âgées. *La Revue de Gériatrie*, 29(1), 61-66.
- Grande, L., & Visa, J. (1999). *Deterioration of Esophageal Motility With Age : A Manometric Study of 79 Healthy Subjects*. 94(7), 7.
- Groher, M. E., & McKaig, T. N. (1995). Dysphagia and dietary levels in skilled nursing facilities. *Journal of the American Geriatrics Society*, 43(5), 528-532.
<https://doi.org/10.1111/j.1532-5415.1995.tb06100.x>
- Haute Autorité de Santé. (2015). *Note méthodologique et de synthèse documentaire : Comment réduire les hospitalisations non programmées des résidents des Ehpad*.
<https://www.has-sante.fr/>
- Herz, R. (2016). The Role of Odor-Evoked Memory in Psychological and Physiological Health. *Brain Sciences*, 6(3), 22. <https://doi.org/10.3390/brainsci6030022>
- Horio, T. (2003). EMG activities of facial and chewing muscles of human adults in response to taste stimuli. *Perceptual and Motor Skills*, 97(1), 289-298.
<https://doi.org/10.2466/pms.2003.97.1.289>
- Lacau St Guily, J., Périé, S., Bruel, M., Roubeau, B., Susini, B., & Gaillard, C. (2005). Troubles de la déglutition de l'adulte. Prise en charge diagnostique et thérapeutique. *EMC - Oto-rhino-laryngologie*, 2(1), 1-25. <https://doi.org/10.1016/j.emcorl.2004.10.001>
- Langmore, S. E., Terpenning, M. S., Schork, A., Chen, Y., Murray, J. T., Lopatin, D., & Loesche, W. J. (1998). Predictors of aspiration pneumonia : How important is dysphagia? *Dysphagia*, 13(2), 69-81. <https://doi.org/10.1007/PL00009559>

- Leemann, D. B., Sergi, S., & Sahinpasic, L. (2016). Détection et prise en charge d'un trouble de déglutition neurologique. *REVUE MÉDICALE SUISSE*, 5.
- Leonard, R. J., & Shaker, R. (2013). Effect of Aging of the Pharynx and the UES. In R. Shaker, P. C. Belafsky, G. N. Postma, & C. Easterling (Éds.), *Principles of Deglutition* (p. 215-225). Springer New York. https://doi.org/10.1007/978-1-4614-3794-9_15
- Leonard, R., Kendall, K., & McKenzie, S. (2004). UES Opening and Cricopharyngeal Bar in Nondysphagic Elderly and Nonelderly Adults. *Dysphagia*, 19(3). <https://doi.org/10.1007/s00455-004-0005-6>
- Leonard, R., & McKenzie, S. (2006). Hyoid-Bolus Transit Latencies in Normal Swallow. *Dysphagia*, 21(3), 183-190. <https://doi.org/10.1007/s00455-006-9025-8>
- Leow, L., Huckabee, M.-L., Sharma, S., & Tooley, T. (2006). The Influence of Taste on Swallowing Apnea, Oral Preparation Time, and Duration and Amplitude of Submental Muscle Contraction. *Chemical Senses*, 32(2), 119-128. <https://doi.org/10.1093/chemse/bjl037>
- Leslie, P., Drinnan, M. J., Ford, G. A., & Wilson, J. A. (2005). Swallow Respiratory Patterns and Aging : Presbyphagia or Dysphagia? *The Journals of Gerontology: Series A*, 60(3), 391-395. <https://doi.org/10.1093/gerona/60.3.391>
- Lindgren, S., & Janzon, L. (1991). Prevalence of swallowing complaints and clinical findings among 50–79-year-old men and women in an urban population. *Dysphagia*, 6(4), 187-192. <https://doi.org/10.1007/BF02493524>
- Malerba, G. D., Jonveaux, T. D., Pop, A. D., Mouchotte, S. D., Schmitt, A. D., Nguyen, A. D., Fabbro, J. D., & Quilliot, D. (2014). Impact du manger-mains sur la prise alimentaire du patient dement. *Nutrition Clinique et Métabolisme*, 28, S226. [https://doi.org/10.1016/S0985-0562\(14\)70939-2](https://doi.org/10.1016/S0985-0562(14)70939-2)
- Martel, J. (2001). Dysphagie iatrogénique. *Pharmactuel*, 34(1), 5.
- Martin, J. H., Diamond, B., Aviv, J. E., Jones, M. E., Keen, M. S., Wee, T. A., & Blitzer, A. (1994). Age-Related Changes in Pharyngeal and Supraglottic Sensation. *Annals of Otolaryngology, Rhinology & Laryngology*, 103(10), 749-752. <https://doi.org/10.1177/000348949410301001>

- Martino, R., Foley, N., Bhogal, S., Diamant, N., Speechley, M., & Teasell, R. (2005). Dysphagia After Stroke : Incidence, Diagnosis, and Pulmonary Complications. *Stroke*, 36(12), 2756-2763. <https://doi.org/10.1161/01.STR.0000190056.76543.eb>
- McGinnis, C. M., Homan, K., Solomon, M., Taylor, J., Staebell, K., Erger, D., & Raut, N. (2019). Dysphagia : Interprofessional Management, Impact, and Patient-Centered Care. *Nutrition in Clinical Practice*, 34(1), 80-95. <https://doi.org/10.1002/ncp.10239>
- Methven, L., Allen, V. J., Withers, C. A., & Gosney, M. A. (2012). Ageing and taste. *Proceedings of the Nutrition Society*, 71(4), 556-565. <https://doi.org/10.1017/S0029665112000742>
- Mioche, L., Bourdiol, P., Monier, S., Martin, J.-F., & Cormier, D. (2004). Changes in jaw muscles activity with age : Effects on food bolus properties. *Physiology & Behavior*, 82(4), 621-627. <https://doi.org/10.1016/j.physbeh.2004.05.012>
- Muhle, P., Wirth, R., Glahn, J., & Dziewas, R. (2015). Age-related changes in swallowing. Physiology and pathophysiology. *Der Nervenarzt*, 86(4), 440-451. <https://doi.org/10.1007/s00115-014-4183-7>
- Mulheren, R. W., Kamarunas, E., & Ludlow, C. L. (2016). Sour taste increases swallowing and prolongs hemodynamic responses in the cortical swallowing network. *Journal of Neurophysiology*, 116(5), 2033-2042. <https://doi.org/10.1152/jn.00130.2016>
- Namasivayam-MacDonald, A. M., & Riquelme, L. F. (2019). Presbyphagia to Dysphagia : Multiple Perspectives and Strategies for Quality Care of Older Adults. *Seminars in Speech and Language*, 40(03), 227-242. <https://doi.org/10.1055/s-0039-1688837>
- Nishimura, N., Hongo, M., Yamada, M., Kawakami, H., Ueno, M., Okuno, Y., & Toyota, T. (1996). Effect of Aging on the Esophageal Motor Functions. *Journal of Smooth Muscle Research*, 32(2), 43-50. <https://doi.org/10.1540/jsmr.32.43>
- O'Loughlin, G., & Shanley, C. (1998). Swallowing problems in the nursing home : A novel training response. *Dysphagia*, 13(3), 172-183. <https://doi.org/10.1007/PL00009569>
- Raschilas, F. (2006). Le vieillissement sensoriel. *Soins Gériatrie*, 11(57), 14-15. <https://doi.org/SGER-02-2006-00-57-1268-6034-101019-200601364>
- Ren, J., Shaker, R., Kusano, M., Podvrsan, B., Metwally, N., Dua, K. S., & Sui, Z. (1995). Effect of aging on the secondary esophageal peristalsis : Presbyesophagus revisited.

American Journal of Physiology-Gastrointestinal and Liver Physiology, 268(5), G772-G779. <https://doi.org/10.1152/ajpgi.1995.268.5.G772>

Robbins, J., Hamilton, J. W., Lof, G. L., & Kempster, G. B. (1992). Oropharyngeal swallowing in normal adults of different ages. *Gastroenterology*, 103(3), 823-829. [https://doi.org/10.1016/0016-5085\(92\)90013-O](https://doi.org/10.1016/0016-5085(92)90013-O)

Roden, D. F., & Altman, K. W. (2013). Causes of Dysphagia Among Different Age Groups. *Otolaryngologic Clinics of North America*, 46(6), 965-987. <https://doi.org/10.1016/j.otc.2013.08.008>

Schiffman, S. S. (1993). Perception of taste and smell in elderly persons. *Critical Reviews in Food Science and Nutrition*, 33(1), 17-26. <https://doi.org/10.1080/10408399309527608>

Schiffman, S. S. (1997). Taste and Smell Losses in Normal Aging and Disease. *JAMA*, 278(16), 1357-1362. <https://doi.org/10.1001/jama.1997.03550160077042>

Schweizer, V. (2010). Troubles de la déglutition de la personne âgée. *Revue Médicale Suisse*, 6(265), 1859-1862.

Shaker, R., Ren, J., Zamir, Z., Sarna, A., Liu, J., & Sui, Z. (1994). Effect of aging, position, and temperature on the threshold volume triggering pharyngeal swallows. *Gastroenterology*, 107(2), 396-402. [https://doi.org/10.1016/0016-5085\(94\)90164-3](https://doi.org/10.1016/0016-5085(94)90164-3)

Shields, H., Li, J., Pelletier, S., Wang, H., Freedman, R., Mamon, H., Ng, A., Freedman, A., Come, S., Avigan, D., Huberman, M., & Recht, A. (2016). Persistence of dysphagia and odynophagia after mediastinal radiation and chemotherapy in patients with lung cancer or lymphoma: Esophageal symptoms after cancer therapy. *Diseases of the Esophagus*. <https://doi.org/10.1111/dote.12498>

Spence, C. (2015). Just how much of what we taste derives from the sense of smell? *Flavour*, 4(1), 30. <https://doi.org/10.1186/s13411-015-0040-2>

Steele, C. M., Greenwood, C., Ens, I., Robertson, C., & Seidman-Carlson, R. (1997). Mealtime Difficulties in a Home for the Aged: Not Just Dysphagia. *Dysphagia*, 12(1), 43-50. <https://doi.org/10.1007/PL00009517>

Tibbling, L., & Gustafsson, B. (1991). Dysphagia and its consequences in the elderly. *Dysphagia*, 6(4), 200-202. <https://doi.org/10.1007/BF02493526>

- Volonté, F., Huber, O., Roth, A., & Betz, M. (2010). Cancer de l'oesophage : Traitement multidisciplinaire. *Revue Médicale Suisse*, 6(254), 1282-1287.
- Werner, H. (2005). The benefits of the dysphagia clinical nurse specialist role. *The Journal of Neuroscience Nursing: Journal of the American Association of Neuroscience Nurses*, 37(4), 212-215. <https://doi.org/10.1097/01376517-200508000-00008>
- Willander, J., & Larsson, M. (2006). Smell your way back to childhood : Autobiographical odor memory. *Psychonomic Bulletin & Review*, 13(2), 240-244. <https://doi.org/10.3758/BF03193837>

Annexes

Annexe A : Schéma illustrant les facteurs impliqués dans la diminution de la force et de la masse musculaire des personnes âgées

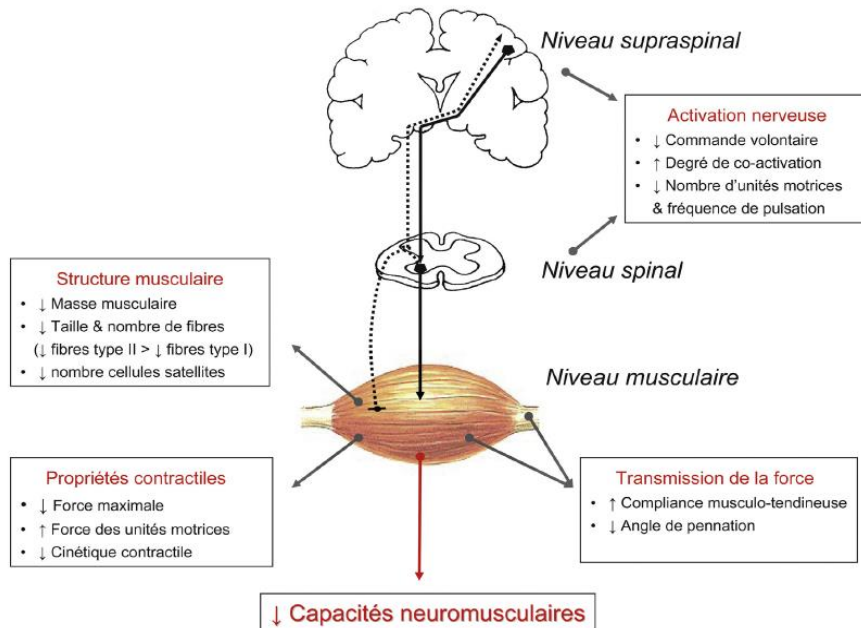


Figure 4 : Illustration des facteurs impliqués dans la dynapénie et la sarcopénie. Reproduit à partir de « Le vieillissement du système neuromusculaire : de la sarcopénie à la dynapénie », par Duchateau, J., et al., 2013, *Kinésithérapie*, 14(145), p.46.

Annexe B : Questionnaire sur la dysphagie, destiné aux soignants d'EHPAD

Etude des besoins des soignants d'EHPAD sur les troubles de la déglutition des personnes âgées

Dans le cadre de mon mémoire en orthophonie, encadré par Mme Delphine GEMINET, orthophoniste, et Mme Carole DECIRON, infirmière coordinatrice d'EHPAD, je réalise une enquête auprès des agents de soin (ASH, AVS...), AMP, aide-soignant(e) et infirmier(e) exerçant en EHPAD.

L'objectif de cette étude est de mesurer les besoins d'outils et de formations des soignants, au contact permanent des résidents, afin de faciliter la détection, et la prise en soin adaptée des troubles de la déglutition chez les personnes âgées résidant en EHPAD.

Ce questionnaire récoltera anonymement des données générales et plus subjectives concernant vos connaissances, vos ressentis et vos méthodes de détection et d'adaptations actuelles, des troubles de la déglutition des résidents.

Le remplissage de ce questionnaire prend entre 10 et 15 minutes et sera ouvert jusqu'au 15 mars 2020, 23h59.

Je vous remercie par avance de votre participation !

Apolline CABARET-BODART, étudiante en 5ème année d'orthophonie à Lyon.

***Obligatoire**

Données générales

1. Quelle est votre profession au sein de l'EHPAD ? *

Une seule réponse possible.

- Agents de soin (ASH, AVS...)
- AMP
- Aide-soignant(e)
- Infirmier(e)

2. Si vous avez suivi une formation sanitaire, sociale ou médico-sociale, quelle est l'année de votre dernier diplôme ? *

3. Dans quel département exercez-vous actuellement ? *

4. Y a-t-il un(e) orthophoniste salarié(e) qui exerce au sein de votre EHPAD ? *

Une seule réponse possible.

- Oui
- Non
- Je ne sais pas

5. Y a-t-il un(e) orthophoniste libéral(e) qui se déplace au sein de l'EHPAD pour des prises en charge ? *

Une seule réponse possible.

- Oui
- Non
- Je ne sais pas

L'orthophonie en EHPAD

6. Avez-vous le sentiment de connaître le rôle de l'orthophoniste en EHPAD ? *

Une seule réponse possible.

- Pas du tout
- Plutôt mal
- Plutôt bien
- Parfaitement

7. En quelques mots, pouvez-vous citer des domaines qui vous semblent faire partie des compétences de l'orthophoniste exerçant en EHPAD ?

8. La déglutition vous semble-t-elle faire partie des domaines de compétence de l'orthophoniste exerçant en EHPAD ? *

Une seule réponse possible.

- Pas du tout
 Plutôt non
 Plutôt oui
 Parfaitement
 Je ne sais pas

Déglutition et fausses routes

9. Pensez-vous savoir ce qu'est un trouble de la déglutition ? *

Une seule réponse possible.

- Pas du tout
 Plutôt non
 Plutôt oui
 Parfaitement

10. Selon vous, maîtrisez-vous l'anatomie de la sphère oto-rhino-laryngologiste (ORL) ? *

Une seule réponse possible.

- Pas du tout
 Plutôt non
 Plutôt oui
 Parfaitement

11. Selon vous, quelles parties du corps sont concernées dans le processus de déglutition normal ? *

Plusieurs réponses possibles.

- La bouche
 La langue
 La glotte
 La trachée
 L'oesophage
 Les poumons
 Le coeur
 Le pharynx
 La luette
 L'épiglotte
 Je ne sais pas

Autre : _____

12. Selon vous, parmi ces propositions, quelles sont les possibles conséquences d'un trouble de la déglutition ? *

Plusieurs réponses possibles.

- Dénutrition
 Asthme
 Cancer
 Fausse route
 Pneumopathie sévère
 Apnée du sommeil
 Asphyxie/étouffement
 Déshydratation
 Mutisme (Refus ou incapacité psychologique de parler)
 Isolement social
 Anosmie (Diminution ou perte complète de l'odorat)
 Cophose (Surdité totale)
 Je ne sais pas

Autre : _____

13. Selon vous, les troubles de la déglutition peuvent-ils entraîner le décès du résident ? *

Une seule réponse possible.

- Oui
 Non
 Je ne sais pas

14. Si oui, quel(s) sera(en)t le(s) motif(s) potentiel(s) du décès d'un résident ayant fait une fausse route ? *

Plusieurs réponses possibles.

- Dénutrition
 Asthme
 Cancer
 Asphyxie/Étouffement
 Pneumopathie sévère
 Apnée du sommeil
 Déshydratation
 Non concerné

Autre : _____

Pratique professionnelle et troubles de la déglutition

15. Dans votre pratique, au quotidien, êtes-vous confronté à ce qui vous semble être des troubles de la déglutition ? *

Une seule réponse possible.

- Jamais
 Parfois
 Souvent
 Toujours
 Je ne sais pas

16. Avez-vous accès facilement aux recommandations de prises alimentaires et d'adaptations pour les troubles de déglutition du résident ? *

Une seule réponse possible.

- Oui
 Non
 Je ne sais pas

17. Si non, savez-vous où et comment retrouver les informations concernant les adaptations et les particularités des prises alimentaires des résidents avec trouble de la déglutition ?

Une seule réponse possible.

- Oui
 Non
 Je ne sais pas
 Non concerné (j'ai répondu "oui" à la question précédente)

18. Au cours de votre pratique, avez-vous déjà eu l'occasion de remplir des fiches d'observation de repas ? *

Une seule réponse possible.

- Oui
 Non
 Je ne sais pas

19. Pouvez-vous citer quelques signes qui, selon vous, alertent sur la présence d'un trouble de la déglutition chez un résident

20. Que faites-vous lorsque vous avez identifié un éventuel trouble de la déglutition ?

21. Pouvez-vous citer les différentes adaptations mises en place dans votre établissement, à la suite d'une détection de troubles de la déglutition chez un résident

22. Selon vous, l'adaptation de la texture des repas en "mixé", protège-t-elle des fausses routes ? *

Une seule réponse possible.

- Non, c'est inutile
- Pas nécessairement
- Oui, mais ce n'est pas suffisant
- Oui, totalement
- Je ne sais pas

23. Existe-t-il, au sein de votre établissement, un menu spécifique, autre que la texture mixée, pour les résidents avec troubles de la déglutition ? *

Une seule réponse possible.

- Oui
- Non
- Je ne sais pas

24. Dans les adaptations possibles du matériel pour les personnes avec troubles de la déglutition, connaissez-vous le verre à encoche nasale ? *

Une seule réponse possible.

- Oui
- Non
- Je ne sais pas

25. Dans votre EHPAD, avez-vous des verres à encoche nasale de disponible, pour les résidents en ayant besoin ? *

Une seule réponse possible.

- Oui
- Non
- Je ne sais pas

26. Selon vous, le verre-canard est-il une adaptation possible et appropriée pour les résidents avec troubles de la déglutition ? *

Une seule réponse possible.

- Oui
- Non
- Je ne sais pas

27. Selon vous, la fausse route est-elle associée à une toux ? *

Une seule réponse possible.

- Oui
- Pas obligatoirement
- Non
- Je ne sais pas

28. Selon vous, l'installation posturale, au moment du repas, est-elle primordiale pour limiter les risques de fausses routes ? *

Une seule réponse possible.

- Oui
- Non
- Je ne sais pas

31. Depuis le début de votre pratique professionnelle, avez-vous déjà suivi une formation concernant la déglutition des personnes âgées en EHPAD ? *

Une seule réponse possible.

- Non, aucune
- Oui, une seule
- Oui, plusieurs

29. Si oui, est-elle importante : *

Plusieurs réponses possibles.

- Avant le repas
- Pendant le repas
- Après le repas
- Je ne sais pas
- Non concerné

32. Vous sentez-vous suffisamment formé sur la détection des troubles de la déglutition chez les personnes âgées ? *

Une seule réponse possible.

- Pas du tout
- Plutôt non
- Plutôt oui
- Parfaitement

Formations et besoins professionnels

30. Dans votre formation initiale, avez-vous été sensibilisé aux troubles de la déglutition et au risque de fausse route chez les personnes âgées résidant en EHPAD ? *

Une seule réponse possible.

- Oui
- Non
- Non concerné

33. Vous sentez-vous suffisamment formé sur les adaptations à mettre en place en cas de trouble de la déglutition ? *

Une seule réponse possible.

- Pas du tout
- Plutôt non
- Plutôt oui
- Parfaitement