



HAL
open science

Troubles de la déglutition chez les personnes présentant une démence de type Alzheimer : élaboration d'une brochure destinée au personnel soignant

Julie Sebban

► To cite this version:

Julie Sebban. Troubles de la déglutition chez les personnes présentant une démence de type Alzheimer : élaboration d'une brochure destinée au personnel soignant. Médecine humaine et pathologie. 2006. hal-01892582

HAL Id: hal-01892582

<https://hal.univ-lorraine.fr/hal-01892582>

Submitted on 10 Oct 2018

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.



AVERTISSEMENT

Ce document est le fruit d'un long travail approuvé par le jury de soutenance et mis à disposition de l'ensemble de la communauté universitaire élargie.

Il est soumis à la propriété intellectuelle de l'auteur. Ceci implique une obligation de citation et de référencement lors de l'utilisation de ce document.

D'autre part, toute contrefaçon, plagiat, reproduction illicite encourt une poursuite pénale.

Contact : ddoc-theses-contact@univ-lorraine.fr

LIENS

Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 122. 4

Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 335.2- L 335.10

http://www.cfcopies.com/V2/leg/leg_droi.php

<http://www.culture.gouv.fr/culture/infos-pratiques/droits/protection.htm>

ECOLE D'ORTHOPHONIE DE LORRAINE

Directeur : Professeur C. SIMON

05 DEC. 2006

**TROUBLES DE LA DEGLUTITION CHEZ LES
PERSONNES PRESENTANT UNE DEMENCE DE
TYPE ALZHEIMER :**

**ELABORATION D'UNE BROCHURE
D'INFORMATION DESTINEE AU PERSONNEL
SOIGNANT**

MEMOIRE

présenté en vue de l'obtention du

CERTIFICAT DE CAPACITE D'ORTHOPHONISTE

par

Julie SEBBAN

Juin 2006



MEMBRES DU JURY :

Monsieur V. SCHENKER, Professeur
Madame A. SCHWEITZER, Orthophoniste
Madame F. PERREIN, Médecin gériatre

Président
Rapporteur
Assesseur

REMERCIEMENTS

Je souhaite présenter de sincères remerciements à :

Monsieur SCHENKER, pour sa disponibilité et ses conseils avisés ainsi que pour m'avoir toujours soutenue,

Madame SCHWEITZER, pour m'avoir suivi régulièrement et pour m'avoir toujours encouragée,

Madame PERREIN, pour avoir accepté de faire partie de mon jury et pour m'avoir conseillée sur l'élaboration de mon travail,

Au personnel soignant qui a accepté de me rencontrer et de répondre à mon questionnaire,

Enfin à ma famille ainsi qu'à mes amis qui ont su être présents et me soutenir dans les moments de doute.

SOMMAIRE



INTRODUCTION	6
PREMIERE PARTIE : PROBLEMATIQUE, OBJECTIFS, HYPOTHESES ET REPERES THEORIQUES	8
I. Notre Problématique	10
II. Nos Objectifs	12
III. Les aspects essentiels de la démence de type Alzheimer	13
1. La définition du syndrome démentiel	13
2. Le syndrome démentiel d'évolution progressive	13
3. L'étiologie et les facteurs de risques	14
A. L'étiologie	14
B. Les facteurs de risque	14
4. Le tableau clinique	17
A. Les troubles cognitifs	17
B. Les troubles psycho-comportementaux	21
IV. Les aspects essentiels de la déglutition	24
1. La définition	24
2. Les aspects anatomiques	24
A. Les structures appartenant au système digestif	24
B. Les structures appartenant au système respiratoire	29
C. Les mécanismes de protection	29
1. Les valves de protection	29
2. La toux	30
3. Les aspects physiologiques	31
1. Les trois actions de la déglutition	31
2. Les trois phases de la déglutition	31
4. Les fonctions associées	37
A. La respiration	37
B. La mastication	37
C. La salivation	38
V. Les aspects essentiels de la dysphagie	39
1. La définition	39
2. Les étiologies	39
3. Les différents types de dysphagie	40
4. La sémiologie	41
5. La symptomatologie	46
6. Les conséquences	46

VI. La dysphagie dans la démence de type Alzheimer	49
1. Les étiologies	49
2. Les conséquences sur les phases de la déglutition	50
VII. La prise en charge orthophonique de la déglutition en cas de démence de type Alzheimer	52
1. La prise en charge spécifique	52
2. Les stratégies d'adaptation	54
DEUXIEME PARTIE : DISPOSITIF EXPERIMENTAL POPULATION, CONDITIONS ET LIEUX DE PASSATION DU QUESTIONNAIRE	53
I. La présentation de la population	60
II. Les lieux de passation	60
III. Les conditions de passation	61
IV. Le questionnaire	63
1. Pourquoi un questionnaire ?	63
2. Les différents types de questions	63
3. La structure du questionnaire	64
A. Les quatre volets	64
B. La présentation des questions	65
TROISIEME PARTIE : PRESENTATION, ANALYSE ET INTERPRETATION DES RESULTATS	70
I. Le traitement des réponses	72
II. L'analyse des réponses sur le fonctionnement des institutions	72
1. Le volet II sur le service des repas	72
2. Le volet III sur la nature des repas	78

III. L'analyse des réponses relatives aux connaissances du personnel soignant	83
1. Le volet I sur le personnel soignant	83
2. Le volet IV sur la déglutition	86
IV. L'analyse des réponses sur le ressenti du personnel soignant face à la démence de type Alzheimer (volet V)	100
V. La synthèse générale	112
1. Les réponses sur l'organisation	112
2. Les réponses relatives aux connaissances du personnel soignant sur les troubles de la déglutition chez les personnes présentant une démence de type Alzheimer	112
3. Le ressenti du personnel soignant face à la démence de type Alzheimer	113
4. Critique du questionnaire	114
QUATRIEME PARTIE : STRUCTURES ET CARACTERISTIQUES DE LA PLAQUETTE DESTINEE AU PERSONNEL SOIGNANT	115
I. La présentation des grands axes d'information	117
II. La présentation de la brochure d'information	117
1. La forme	117
2. Les aspects généraux	118
3. Les caractéristiques	118
CONCLUSION	121
REPERES BIBLIOGRAPHIQUES	123
ANNEXES	125



INTRODUCTION



La démence de type Alzheimer est un important problème de société. Elle touche actuellement 800 000 personnes¹ avec environ 165 000 nouveaux cas par an et, en raison de l'accélération du vieillissement - la France comptera en 2050, plus de 11 millions de personnes âgées de plus de 75 ans - le nombre de malades Alzheimer augmentera sans doute encore. Au cours de l'évolution de la maladie, les personnes atteintes de démence de type Alzheimer seront, pour la plupart, hospitalisées dans des services de long séjour ou placées dans des maisons de retraite médicalisées. Le personnel soignant de ces instituts se trouve parfois en difficulté face aux troubles qu'il peut rencontrer. En effet, la prise en charge de ces malades est complexe.

La démence de type Alzheimer provoque des perturbations sur le plan de la compréhension, de l'expression, du comportement ainsi que sur le plan de l'alimentation. En effet, ces malades peuvent présenter des troubles de la déglutition qui, dans les formes les plus sévères, peuvent mettre en jeu le pronostic vital du patient. Par conséquent, il est important que le personnel soignant dispose de connaissances approfondies sur la démence de type Alzheimer et les troubles dysphagiques que peuvent présenter ces patients. C'est pourquoi, nous supposons qu'une brochure d'information destinée au personnel soignant, qui comporterait les points essentiels à considérer, serait d'une grande utilité.

Dans une première partie nous décrivons donc les aspects essentiels de la démence de type Alzheimer, de la déglutition ainsi que ceux de la dysphagie.

Notre deuxième partie est consacrée au dispositif expérimental de notre mémoire. Elle présentera la population et les critères de sélection, la structure du questionnaire proposé au personnel soignant ainsi que les conditions de notre expérimentation.

¹ J. SELMES, C. DEROUESNE, *La maladie d'Alzheimer au jour le jour*.

Dans la troisième partie, nous exposerons l'analyse, l'interprétation et la validation de nos résultats.

La quatrième et dernière partie est réservée à l'élaboration et à la présentation de notre brochure destinée au personnel soignant.

PREMIERE PARTIE :

**PROBLEMATIQUE,
OBJECTIFS, HYPOTHESES
ET REPERES THEORIQUES**

Dans cette première partie, nous présentons d'abord notre problématique et nos objectifs puis nous exposons les aspects essentiels de la démence de type Alzheimer ainsi que ceux de la déglutition et de la dysphagie qui nous seront utiles pour mener l'enquête auprès du personnel soignant.

I. NOTRE PROBLEMATIQUE

Les patients atteints de démence de type Alzheimer présentent des troubles cognitifs, des troubles de la compréhension et une apparente incohérence du discours. Ces difficultés sont des facteurs qui peuvent influencer sur la prise en charge de ces patients et la rendre délicate. En outre, à certains stades de cette maladie, les personnes peuvent également présenter des troubles de la déglutition (ou dysphagie) qui ne sont pas toujours identifiés par le personnel soignant du fait de l'incapacité des malades à les exprimer et, parfois même, à en avoir conscience.

La dysphagie peut mettre en jeu le pronostic vital et, à chaque repas, le geste alimentaire doit être adapté pour ne pas provoquer de fausses routes. Certains patients atteints de démence de type Alzheimer sont capables de prendre leurs repas seuls, mais d'autres, en revanche, ont perdu leur autonomie. Par conséquent, le personnel soignant est amené à proposer des aides alimentaires qui peuvent être partielles ou totales, mais qui nécessitent un geste et un savoir-faire appropriés.

Certes, il existe des brochures d'information sur la démence de type Alzheimer mais aucune de celles-ci n'aborde les troubles de la déglutition rencontrés chez ces malades.

Par ailleurs, des enseignements sur la déglutition sont proposés dans la formation du personnel soignant (infirmières, aides soignantes et agents de service hospitalier), mais sont-ils suffisants ?

Dans le cadre de la prise en charge des troubles de la déglutition, l'orthophoniste joue à la fois un rôle de rééducateur, « en bilantant » le patient avant de lui proposer un plan de prise en charge approprié, mais également un rôle informatif face au personnel soignant ayant en charge des patients « Alzheimer » souffrant de troubles dysphagiques. Il nous a donc paru important de travailler, dans le cadre de ce mémoire, sur l'information dont doit disposer le personnel soignant quant aux troubles de la déglutition chez les personnes « Alzheimer », afin de proposer une prise en charge efficace et adaptée.

L'hypothèse de départ est que le personnel soignant - c'est-à-dire les infirmières, les aides soignantes et les agents de service hospitalier - ne disposerait pas de toutes les connaissances et des moyens nécessaires pour prendre en charge, efficacement, une dysphagie. Par conséquent, il existerait un besoin d'information. Nous pensons qu'une brochure d'information, qui devrait se présenter de façon succincte et pratique pour ne pas surcharger ce personnel avec des « papiers supplémentaires », pourrait répondre à ce besoin et apporter une aide dans la prise en charge des troubles dysphagiques de ces patients. Cet outil rappellerait les aspects essentiels de ces troubles ainsi que leurs conséquences et les stratégies d'adaptation à mettre en place.

Notre travail consistera donc à élaborer, à partir d'informations recueillies à l'aide d'un questionnaire, une brochure destinée au personnel soignant ayant en charge des patients atteints de démence de type Alzheimer et présentant des troubles de la déglutition. Afin que cette brochure d'information réponde aux attentes des infirmières, des aides soignantes et des agents de service hospitalier, il était important de recenser leurs connaissances et leurs besoins concernant l'information sur ces troubles et leur prise en charge. Pour ce faire, nous avons envisagé un questionnaire.

II. NOS OBJECTIFS

L'objectif général est de permettre au personnel soignant de mieux identifier les troubles de la déglutition chez les personnes atteintes de démence de type Alzheimer et de faciliter une prise en charge efficace de ces troubles. Il se compose de trois objectifs secondaires.

Le premier, un objectif d'investigation : savoir si le personnel soignant est suffisamment informé sur les phases de la déglutition, leurs troubles et leur prise en charge.

Le deuxième, un objectif de proposition : mettre en évidence les points essentiels à prendre en considération en cas de troubles de la déglutition et de proposer, en fonction des besoins du patient et du personnel soignant, des moyens d'adaptation efficaces pour pallier les conséquences d'un trouble de la déglutition chez une personne atteinte de démence de type Alzheimer.

Le troisième et dernier, un objectif de réalisation : créer une brochure d'information mise à la disposition du personnel soignant. Cette brochure récapitulera les phases de la déglutition, les troubles dysphagiques et leurs conséquences ainsi que les moyens d'adaptation efficaces pour remédier à ces troubles. Le but de cette brochure est, qu'en cas de troubles de la déglutition, le personnel soignant puisse s'y référer facilement.

III. LES ASPECTS ESSENTIELS DE LA DÉMENCE DE TYPE ALZHEIMER²

1. LA DÉFINITION DU SYNDROME DÉMENTIEL

La démence de type Alzheimer représente 45% des démences qui surviennent après 65 ans.

On regroupe encore aujourd'hui toutes ces pathologies touchant les fonctions cognitives sous le terme de « démence » car les professionnels n'ont pas encore trouvé de terme synthétique plus significatif ; même si tous s'accordent à penser que le mot « démence » renvoie trop souvent, à des idées reçues, pour les patients et leur famille (folie, agressivité...).

La démence est une détérioration progressive et irréversible aboutissant à une altération globale et persistante du fonctionnement cognitif qui affecte l'individu dans sa vie sociale et familiale. Elle est un syndrome caractérisé par :

- des troubles de la mémoire,
- des troubles d'au moins une fonction cognitive (langage, gnosies, praxies...),
- un retentissement de ces troubles cognitifs sur les activités sociales, familiales et professionnelles.

2. LE SYNDROME DÉMENTIEL D'ÉVOLUTION PROGRESSIVE

Dans la démence de type Alzheimer, le début des troubles est toujours insidieux. Un début brutal n'existe, par définition, jamais. Le caractère dégénératif est défini comme une atteinte due à un processus qui détruit les circuits nerveux. Il existe quatre caractéristiques spécifiques à cette atteinte :

- le dysfonctionnement et la mort neuronale lente, plus rapide toutefois que le

² Pour ce chapitre, nous nous sommes largement inspirée du livre de M. PEYRONNET, Dr J-L DERVAUX, *La maladie Alzheimer : Prévention et traitements naturels*.

vieillesse normale,

- la mort neuronale sélective par organisation de cellules nerveuses (à la différence des hémorragies cérébrales),
- le dépôt de protéines agrégées (ce qui la différencie d'autres maladies cérébrales ou infectieuses),
- la mise en évidence fréquente d'une mutation génétique.

3. L'ETIOLOGIE ET LES FACTEURS DE RISQUE

A. L'ETIOLOGIE

La démence de type Alzheimer peut apparaître sous deux formes :

- la forme sporadique concerne plus de 90% des cas,
- la forme familiale qui touche moins de 10% des cas, a une survenue précoce (vers 50 ans) et est due à une mutation génétique.

B. LES FACTEURS DE RISQUE

Comme nous l'avons dit précédemment, il n'existe pas de terme générique pour la démence de type Alzheimer, c'est pourquoi cette dernière doit être considérée comme un syndrome démentiel relevant de cinq causes possibles.

- *L'âge*: Les courbes de prévalence et d'incidence montrent une augmentation exponentielle de la fréquence de la maladie avec l'âge.

TAB 1 : Prévalence de la démence de type Alzheimer en fonction de l'âge et du sexe selon des études en population³.

	EURODEM (Europe)	PAQUID (France)	Faenza et Granarolo (Italie)	CHS (USA)
Hommes				
65 – 69	1,6	-	0,76	13,7
70 – 74	2,9	-	1,8	
75 – 79	5,6	7,7	5,6	15,4
80 – 84	11,0	12,5	15,0	33,3
> 85	18,0	23,9	23,8	42,9
Femmes				
65 – 69	1,0	-	1,2	10,4
70 – 74	3,1	-	3,2	
75 – 79	6,0	5,7	6,0	20,6
80 – 84	12,6	16,6	13,1	32,6
> 85	25,0	38,4	34,6	50,9

- *Les antécédents familiaux*: Le risque de développer une démence de type Alzheimer est multiplié par trois quand un parent du premier degré a déclaré la maladie. Il l'est par sept si plus d'un membre de la famille en a été atteint.
- *Les rapports entre la nutrition de la cellule et la circulation sanguine*: Le sang amène au cerveau le sucre et l'oxygène ; nécessaires au bon fonctionnement de la cellule en plus des éléments gras indispensables à sa construction. Ainsi, *l'hypertension artérielle* qui réduit le calibre des artères et le *diabète* qui est un facteur de troubles métaboliques d'origine circulatoire, favorisent ou aggravent la maladie.

³ Lobo et al., Ramarosan et al., Fitzpatrick et al., et De RONCHI et al. [2, 32-34]

- *Le sexe féminin:* La prévalence de la maladie est plus élevée chez les femmes, même si l'on tient compte de la moindre longévité des hommes. Après 80 ans, le risque pour les femmes, de déclarer la maladie est supérieur de 1,5 à 2 par rapport aux hommes.

FIG 1 : Incidence des démences. Etude PAQUID 1988-2001



- *Le faible niveau d'éducation:* Bien que des études épidémiologiques aient montré la prévalence de la maladie chez les sujets ayant un faible niveau d'éducation, la prise en compte de ce facteur soulève des polémiques. En effet, une telle observation peut être due à un biais méthodologique car les sujets ayant un plus haut niveau d'éducation auront davantage de facilités pour répondre aux tests neurologiques proposés dans le cadre du dépistage de la démence de type Alzheimer.

4. LE TABLEAU CLINIQUE DE LA DÉMENCE DE TYPE ALZHEIMER

A. LES TROUBLES COGNITIFS⁴

Nous avons retenu six troubles cognitifs qui caractérisent la démence de type Alzheimer.

- *Les troubles de la mémoire* sont constants dans la maladie et en sont souvent le premier symptôme. La plainte mnésique peut venir du patient lui-même ou être exprimée par l'entourage. Il existe une grande variabilité entre les patients au niveau des atteintes mnésiques qui tend à disparaître au stade sévère de la maladie. Cependant, des caractéristiques générales existent.
 - *Les troubles de la mémoire épisodique* annoncent la démence de type Alzheimer. On observe une baisse des performances des patients dans les tâches de rappel libre, de rappel indicé ou de reconnaissance. Ces troubles sont, principalement, dus à des perturbations de l'encodage auxquels s'associent des difficultés dans la consolidation et le rappel de l'information, avec une baisse de l'effet d'indilage. C'est pourquoi, les épisodes vécus ou récents du patient sont altérés, du fait de la difficulté à mémoriser des éléments nouveaux.
 - *Les troubles de la mémoire à court terme*. La mémoire à court terme se subdivise en mémoire de rappel servant à la reproduction immédiate d'une information et en mémoire de travail qui se caractérise par la mémorisation à plus long terme présentant trois phases (l'apprentissage permettant de fabriquer un souvenir, le stockage qui assure la consolidation ainsi que le rappel). Ces troubles sont une atteinte précoce et massive de la démence de type Alzheimer et expliquent les difficultés initiales des patients dans leur vie quotidienne.
 - *Les troubles de la mémoire sémantique*. Cette mémoire permet d'associer différents traits nécessaires à la reconnaissance d'un concept.

⁴ F. SELLAL, E. KRUCZEK, *La maladie d'Alzheimer*.

Ces troubles sont précoces et constants dans la démence de type Alzheimer même s'ils ne se manifestent parfois que tardivement.

- *Les troubles du langage* s'apparentent à des troubles de type aphasique dont le premier symptôme est le manque du mot. Au début, la perte du mot concerne principalement les noms propres et les mots peu usuels ou rares.
 - Au début de la maladie, le manque du mot est fréquent et le patient le compense en employant des périphrases, et on note également de rares paraphasies sémantiques (emploi d'un mot pour un autre en conservant la catégorie sémantique, comme par exemple, « pomme » pour « poire »). Le débit peut être ralenti.
 - Au stade modéré, la fréquence d'apparition du manque du mot augmente, les paraphasies sémantiques deviennent de plus en plus nombreuses et l'utilisation des pronoms est imprécise. La compréhension et l'expression écrite sont altérées, alors que la lecture et la répétition sont conservées.
 - Au stade sévère de la maladie, le langage oral et écrit sont massivement perturbés. On observe des paraphasies phonémiques (emploi d'un phonème à la place d'un autre, comme par exemple, « foire » pour « poire »), une incohérence du discours, un agrammatisme et une compréhension très déficitaire.

- *Les troubles de la compréhension orale* se manifestent dès le stade initial de la maladie. On constate de légères perturbations touchant essentiellement les discours longs car le patient peut souffrir d'une diminution de la mémoire verbale. De plus, il éprouve des difficultés à comprendre des messages morpho-syntaxiquement complexes comportant, par exemple, des comparatifs, des relations causales ou des inférences car les relations logico-syntaxiques ne sont plus aisément comprises. Au stade sévère de la maladie, le trouble de la compréhension est massif et la compréhension même des phrases les plus élémentaires est très altérée.

- *Les troubles praxiques* peuvent survenir de façon variable au cours de l'évolution et s'étendre plus ou moins, selon le patient, aux différentes modalités praxiques. Il existerait donc plusieurs modèles de désorganisation des praxies dans la démence de type Alzheimer.
 - L'apraxie idéomotrice est caractérisée par la perturbation élémentaire de l'acte moteur. Elle altère les gestes simples qu'ils soient isolés ou qu'ils constituent un élément d'une séquence gestuelle. Les gestes symboliques, l'imitation des gestes non symboliques et les mimes d'utilisation des objets sont mal réalisés. Le patient reconnaît l'enchaînement de chacun des gestes élémentaires qui composent une activité gestuelle, mais est dans l'incapacité d'exécuter, sur commande, correctement chacun des gestes isolément. Cette dissociation automatico-volontaire peut rendre difficile la mise en évidence de ces troubles.
 - L'apraxie idéatoire est un trouble de la réalisation d'une conduite gestuelle portant sur le schéma nécessaire à la réalisation d'un acte complexe et sur la coordination des différents gestes élémentaires qui le composent, alors que les gestes sont correctement réalisés isolément. La manipulation des objets est perturbée, alors que l'imitation reste correcte. Ce trouble est plus tardif, mais plus évident que les troubles de l'apraxie idéomotrice. Ils se manifestent de manière concrète dans les activités de la vie quotidienne, présentant une réelle difficulté à utiliser les objets et appareils d'abord complexes (électroménagers, télécommande), puis plus simples (ouvre-boîtes, couverts). Pour autant, les patients peuvent plus facilement trouver des stratégies d'évitement pour des tâches de type idéatoire, ce qui peut retarder la constatation de ces troubles par l'entourage.
 - Les troubles apraxiques de l'habillage sont fréquents, dès le stade moyen de la maladie. Ils se traduisent par des troubles affectant l'organisation des gestes effectués en vue de l'habillage. Le sujet est incapable de se vêtir correctement et/ou seul.

- *Les troubles des fonctions exécutives et du jugement* se traduisent par des difficultés à entreprendre, à planifier et à terminer une action déterminée, plus ou moins complexe. Le retentissement socio-professionnel peut être majeur à ce niveau.

- *Les agnosies* sont un trouble de la reconnaissance des objets, des personnes, des lieux, des sensations, sans déficit des organes sensoriels ni trouble de l'intelligence. Dans la démence de type Alzheimer, les agnosies concernent l'agnosie visuelle et l'anosognosie.
 - L'agnosie visuelle peut être précoce et concerne alors les visages peu connus ou rarement rencontrés. Plus tard, ce trouble s'étend aux personnes familières, ce qui est douloureusement ressenti par l'entourage.
 - L'agnosie visuo-spatiale est un déficit résultant des troubles visuo-spatiaux qui ne bénéficie pas d'indices visuels et de l'apprentissage. Les troubles de perception visuo-spatiale concernent, d'une part, la localisation, et, d'autre part, la discrimination de l'orientation, de la distance et du mouvement dans un espace en deux ou trois dimensions. Cela provoque donc, chez le sujet malade, des difficultés d'appréhension de l'espace.
 - L'anosognosie signifie que le patient ne se rend pas compte de ses difficultés. Elle se rapporte donc à l'idée erronée que le patient se fait de son fonctionnement cognitif et peut expliquer l'absence de plaintes mnésiques. L'agnosie des troubles cognitifs semble plus fréquente que celle des troubles comportementaux.

B. LES TROUBLES PSYCHO-COMPORTEMENTAUX⁵

Ces troubles sont rarement pris en compte dans la définition de la démence de type Alzheimer. Cependant, ajoutés aux troubles cognitifs, ils sont souvent la raison essentielle d'un placement en institution.

Nous avons choisi de présenter les six principaux troubles psycho-comportementaux suivants qui peuvent se manifester dans la démence de type Alzheimer.

- *Une dépression* peut être observée. Elle peut se traduire par un certain nombre de signes tels que l'apathie, l'irritabilité et le désintérêt.
- *Les troubles émotionnels* représentent un aspect relativement spécifique des démences et en particulier de la démence de type Alzheimer. Il existe deux types de troubles, pouvant être associés ou non : l'émoussement affectif et l'incontinence émotionnelle.
 - L'émoussement affectif est caractérisé par une réduction des expressions affectives, une perte de la recherche du plaisir et un état d'indifférence. Il correspond à ce que certains auteurs ont décrit sous le terme d'apathie.
 - L'incontinence émotionnelle se traduit par des fluctuations brutales du ressenti émotionnel et de son expression, avec apparition d'épisodes dépressifs et euphoriques, d'irritabilité ou d'excitation.

La fréquence de ce trouble serait de l'ordre de 30% et se manifesterait principalement dans les formes modérées et sévères de la maladie.

- *Les troubles anxieux*. Il existerait trois types d'anxiété selon qu'elle est associée au délire, à la dépression ou à la situation du patient, variant largement avec le stade de la maladie. La fréquence de ces troubles serait de 50% avec une

⁵F. SELLAL, E. KRUCZEK, op. cit.

prédominance de la réaction anxieuse du patient face à la perception de ses difficultés intellectuelles et des réactions de son entourage.

- *L'agressivité* est un trouble du comportement fréquent dans la démence de type Alzheimer, présent jusque dans 50% des cas. Les troubles sont variables, pouvant aller de débordements verbaux (cris, injures...) à des agressions physiques caractérisées (morsures, coups de poing...). Les agressions verbales sont toutefois les plus fréquentes. L'agressivité peut également, dans une forme moindre, se manifester par de l'irritabilité, des attitudes d'opposition et certains troubles du comportement alimentaire.

- *Les troubles psychotiques* apparaissent tardivement dans la démence de type Alzheimer. Leur fréquence est évaluée entre 25 et 40% des cas et leur apparition serait liée à un déclin cognitif plus rapide. Trois types de troubles, parfois associés, peuvent s'observer : les idées délirantes, les troubles de l'identification et les hallucinations.
 - Les idées délirantes sont présentes dans 40% des cas. Il s'agit de convictions erronées se rapportant à la signification des événements, des comportements ou des motivations d'autrui. Leur thème s'organise essentiellement autour d'idées de vol, de préjugés et de jalousie.
 - Les troubles de l'identification sont présents dans 25 à 35% des cas. Ils peuvent aller de l'erreur d'identification transitoire à la non reconnaissance durable des proches. La non reconnaissance de son propre visage dans un miroir, la conviction qu'une personne décédée vit toujours ou la création de compagnons imaginaires, sont des manifestations possibles de ce type de trouble.
 - Les hallucinations sont présentes dans 10 à 50% des cas et sont plus souvent visuelles qu'auditives ou sensitives. Elles peuvent être menaçantes et elles concernent, dans la majorité des cas, la présence imaginée d'une personne défunte connue.

- *Les troubles des conduites élémentaires :*
 - *Les troubles du sommeil* sont présents dans 40% des cas. Au début, il s'agit d'une simple aggravation de ce qui est observé dans le vieillissement normal, c'est-à-dire, des éveils multiples et un réveil matinal précoce. Les éveils nocturnes s'accompagnent souvent de déambulation et d'agitation et la présence d'une agitation anxieuse vespérale rend difficile l'endormissement. C'est la raison pour laquelle, le maintien d'un éveil de qualité dans la journée est d'autant plus difficile qu'il est favorisé par l'apathie et le désintérêt pour les activités de la vie quotidienne. Progressivement, une inversion complète du rythme nyctéméral peut apparaître, avec alors un sommeil diurne et une insomnie nocturne.
 - *Les troubles du comportement alimentaire* ne sont présents que dans les formes les plus sévères et peuvent être responsables d'une dénutrition importante. En revanche, l'anorexie avec une diminution des prises alimentaires peut s'observer dès le début de la maladie. L'amaigrissement est, d'ailleurs, un phénomène très fréquent chez les malades « Alzheimer ». En fin d'évolution, le comportement alimentaire est profondément perturbé. Le refus d'alimentation peut se manifester par différentes attitudes d'opposition telles que mettre la main sur la bouche ou repousser la nourriture, il peut également s'expliquer par une perte du désir de manger.

IV. LES ASPECTS ESSENTIELS DE LA DEGLUTITION

1. LA DEFINITION

La déglutition est le mécanisme qui permet d'acheminer les aliments de la cavité buccale vers l'estomac. C'est une fonction de notre organisme mettant en jeu un ensemble d'organes situés au carrefour des voies aériennes (les voies de la respiration) et des voies digestives (les voies de l'alimentation). La contraction des muscles de ces organes, commandée par notre cerveau depuis notre naissance, nous permet d'avaler notre salive, des liquides et des solides. Grâce à la maturation cérébrale et en fonction de la diversification de l'alimentation, le réflexe de la déglutition évolue comme le développement des organes de l'alimentation. Ce qui nous permet de manger des aliments d'une texture de plus en plus variée et complexe.

Chez l'être humain, la fréquence des déglutitions varie de 600 à 2000⁶ par jour, avec une fréquence moins élevée durant la nuit, due à une moindre sécrétion salivaire. La déglutition peut également varier d'un individu à un autre et même d'une déglutition à une autre chez le même patient.

Après avoir défini sommairement le mécanisme de la déglutition, nous présentons les éléments anatomiques concernés.

2. LES ASPECTS ANATOMIQUES

A. LES STRUCTURES APPARTENANT AU SYSTEME DIGESTIF

Selon KENNEDY et KENT⁷, on distingue deux sous-systèmes dans la description des fonctions impliquées dans la déglutition: le sous-système horizontal qui est perpendiculaire à la ligne générale du corps et le sous-système vertical qui, lui, est aligné sur l'axe longitudinal du corps.

⁶ N. MAURIN, *Rééducation de la déglutition*.

⁷ F. COT et Coll., *La dysphagie oro-pharyngée chez l'adulte*.

Le sous-système horizontal est impliqué dans la manipulation et la préparation du bolus (ou bol alimentaire) ainsi que dans son transport vers le sous-système vertical.

- Il comprend des éléments-structures qui constituent une sorte de boîte dans laquelle la nourriture peut être contenue et déplacée. Celle-ci est limitée latéralement par **les dents et les maxillaires supérieurs et inférieurs**.
- **Les lèvres** assurent, quant à elles, les fonctions d'ouverture et de fermeture de la bouche, la préhension des aliments, la stabilisation du bolus et le maintien du tonus pendant la mastication.
- L'espace compris entre les arcades alvéo-dentaires, d'une part, et les lèvres et les joues, d'autre, part est dit **le vestibule**. Sa limite supérieure est constituée par la voûte palatine, c'est-à-dire le palais dur et le palais mou. Son rôle est d'assurer la fermeture entre la cavité buccale et la cavité nasale lors de la déglutition ou de la phonation.
- La muqueuse de la cavité buccale contient une multitude de récepteurs sensoriels (en particulier, les papilles gustatives situées sur la langue) qui permettent de reconnaître les quatre saveurs fondamentales: le sucré, le salé, l'acide et l'amer. Ainsi, nous pouvons apprécier les propriétés physiques des aliments.

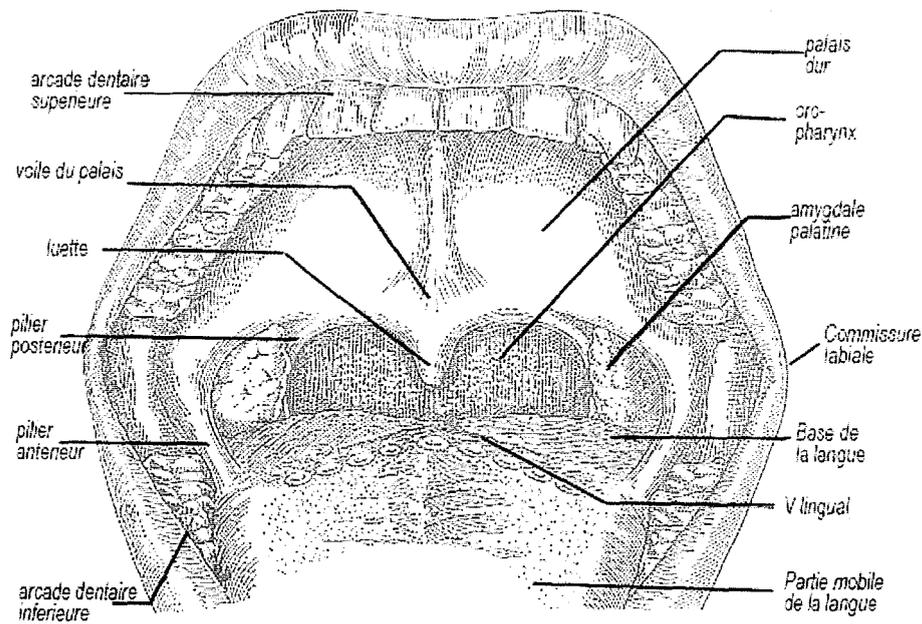


FIG 2 : La cavité buccale⁸.

Le sous-système horizontal comprend également des éléments-manipulateurs tels que le mécanisme masticateur et la langue.

- **Le mécanisme masticateur** est assuré par les dents et la mandibule. Ses mouvements masticatoires complexes (les mouvements d'abaissement et d'élévation, les mouvements antéropostérieurs et les mouvements latéraux) permettent de transformer la consistance des aliments. Les muscles masticatoires sont actifs lors de la déglutition des liquides et de la mastication ; ils contribuent à la stabilisation de la base de la langue pendant la propulsion du bol alimentaire vers l'arrière.
- **La langue** est un organe poly-musculaire et muqueux, capable de réaliser une multitude de mouvements dans toutes les directions ; c'est l'élément le plus mobile du sous-système horizontal. En effet, elle participe à des mouvements globaux de propulsion, de rétropropulsion et de déplacements latéraux, grâce auxquels elle assure la propulsion du bolus vers l'ouverture supérieure du sous-système vertical, c'est-à-dire l'oropharynx.

⁸ F. BRIN, C. COURRIER, E. LEDERLE et V. MASY, *Dictionnaire d'orthophonie*.

Elle a un rôle essentiel dans la déglutition, car elle permet le déclenchement de la phase pharyngée grâce à ses récepteurs sensitifs et ajuste sa force de propulsion en fonction du volume du bolus. Elle remplit également une fonction tactile et gustative grâce aux multiples récepteurs sensitifs présents sur toute sa surface.

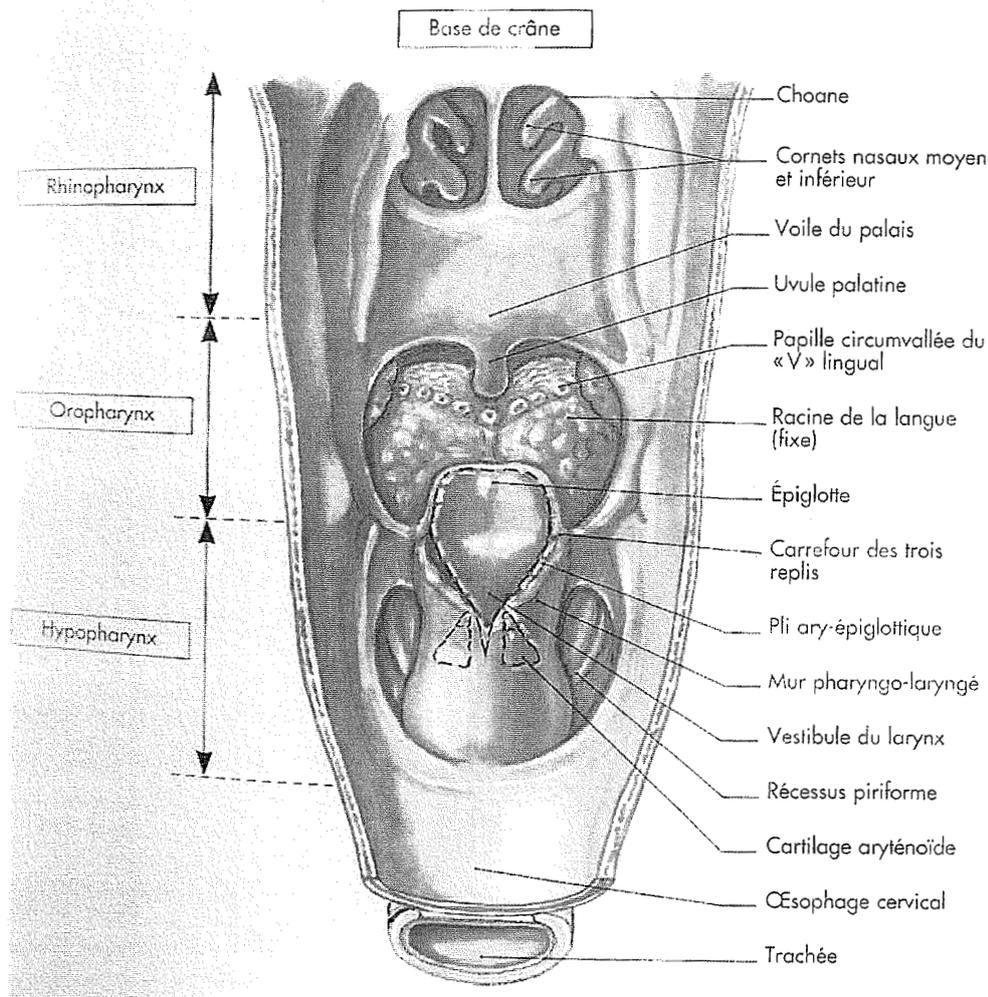
Le sous-système vertical est essentiellement formé d'un tube vertical équipé de deux valves. Le tube comporte deux parties : la partie supérieure est constituée par le pharynx et la partie inférieure par l'œsophage.

- **Le pharynx** se subdivise de haut en bas en trois parties: le nasopharynx, l'oropharynx et l'hypopharynx.

L'oropharynx et l'hypopharynx constituent la partie mobile du pharynx où se croisent les voies digestives et aériennes. On parle alors de carrefour aéro-digestif. Le pharynx est constitué de muscles constricteurs qui réalisent un rétrécissement séquentiel de ce dernier lors de la déglutition (le péristaltisme pharyngé), et des muscles élévateurs qui favorisent le transport du bol alimentaire de la cavité orale à l'œsophage.

Le pharynx a donc plusieurs fonctions: il participe à la déglutition, à la respiration, à la phonation et assure le maintien de la partie pharyngée des voies aériennes.

FIG 3 : Le pharynx⁹.



- **L'oesophage** possède un ligament suspenseur attaché à la partie postérieure du larynx qui favorise l'ouverture de la portion supérieure de l'oesophage au moment de la déglutition. Les valves sont constituées par le **sphincter oesophagien supérieur** et le **sphincter oesophagien inférieur**. Ce dernier empêche le reflux des aliments de l'estomac vers l'oesophage. Au repos, ces deux sphincters constituent des zones de haute pression. L'air ne pénètre pas dans les voies digestives au cours de la respiration, la bouche oesophagienne étant fermée au repos. En dehors de la déglutition, l'oesophage est donc normalement relâché.

⁹ BONFILS et CHEVALIER, *ORL 3*.

B. LES STRUCTURES APPARTENANT AU SYSTEME RESPIRATOIRE

Les voies aériennes partagent certaines structures avec le système digestif car elles communiquent avec la cavité nasale, la cavité orale et le pharynx.

- Le larynx appartient, d'un point de vue anatomique aux voies respiratoires inférieures, mais, d'un point de vue fonctionnel, aux voies aériennes supérieures. En outre, nous le verrons dans la partie « physiologie », le larynx joue un rôle vital dans le mécanisme de la déglutition.
- Il est constitué d'une boîte cartilagineuse à l'intérieur de laquelle se trouvent les cordes vocales ; il est entièrement mobile et s'élève à chaque déglutition.
- Le larynx possède des muscles extrinsèques qui participent à la déglutition en tant qu'élévateurs, et des muscles intrinsèques qui participent à la respiration, à l'émission de la voix, et protègent les poumons de la pénétration de corps étrangers lors de la déglutition.

C. LES MECANISMES DE PROTECTION

L'intégrité des voies aériennes est assurée, anatomiquement, par deux valves de protection (la valve vélo-pharyngée et la valve laryngée) et, de manière réflexe, par la toux.

1. LES VALVES DE PROTECTION

Chez l'être humain, le pharynx constitue une sorte de vestibule qui fait communiquer la cavité buccale avec l'œsophage et les fosses nasales avec le pharynx. En réalité, l'oropharynx est le passage commun aux voies digestives et aériennes, d'où le terme de « voie aéro-digestive »:

- l'air inspiré traverse les fosses nasales, puis le nasopharynx pour arriver aux poumons par le larynx,

- la déglutition amène le bol alimentaire de la cavité buccale à l'œsophage dont la partie cervicale est en arrière du larynx.

Par conséquent, les aliments doivent emprunter des structures appartenant également aux voies respiratoires. C'est la raison pour laquelle, deux mécanismes de protection dirigeant le bol alimentaire dans la voie appropriée existent: la valve vélo-pharyngée et la valve laryngée.

La première, qui est essentiellement formée du voile du palais, empêche le passage du bolus vers le nasopharynx, car le voile s'élève alors que les muscles du pharynx se contractent simultanément avec ceux du voile.

La seconde, quant à elle, protège la trachée permettant au larynx de fonctionner à la fois pour la respiration et la déglutition. En effet, par la fermeture de ce dernier, la valve laryngée empêche le bolus de pénétrer dans les voies aériennes inférieures et dirige le bol alimentaire vers l'œsophage.

2. LA TOUX

Elle se définit comme une expiration brusque et sonore de l'air contenu dans les poumons. Elle est précédée ou non d'une inspiration profonde alors que la glotte est plus ou moins fermée. C'est un phénomène réflexe répondant à la stimulation des récepteurs sensitifs répartis au niveau des voies respiratoires. Ces récepteurs sont soumis à des stimulations mécaniques, chimiques ou thermiques. Toute particule alimentaire venant au contact de la muqueuse laryngée déclenche une toux réflexe qui sert à protéger les voies aériennes d'éléments étrangers et à évacuer les productions (telles que les sécrétions bronchiques) de l'organisme.

3. LES ASPECTS PHYSIOLOGIQUES

A. LES TROIS ACTIONS DE LA DEGLUTITION

« La déglutition est un processus qui met en jeu trois actions:

- *l'ouverture du passage en avant* du bolus par l'inhibition de la contraction de certains muscles,
- *la fermeture du passage en arrière* du bolus par la contraction des mêmes muscles,
- *la fermeture des voies secondaires* pour empêcher l'entrée de la nourriture dans les voies respiratoires et pour éviter le reflux dans le nasopharynx.¹⁰ »

Ces trois actions correspondent aux trois phases de la déglutition que nous présentons ci-dessous.

B. LES TROIS PHASES DE LA DEGLUTITION

Les trois phases sont : la phase orale suivie de la phase pharyngée puis de la phase oesophagienne.

- **La phase orale** est une phase volontaire qui se subdivise en deux.
 - **La phase orale préparatoire** est une phase volontaire qui concerne la préhension, la section, la mastication et l'insalivation des aliments. Le but de cette phase est la formation d'un bolus homogène et lubrifié. C'est pourquoi, durant cette phase, la durée et les mouvements varient en fonction de la grosseur et de la consistance du bolus. La manipulation des liquides est beaucoup moins complexe et longue (3 secondes) que celle des solides (8 à 20 secondes). En effet, ces derniers nécessitent une période de mastication, pendant laquelle la langue

¹⁰ F. COT et coll, *La dysphagie oro-pharyngée chez l'adulte*.

imprègne le bolus de salive. La nourriture est rassemblée sur la surface de la langue pour former le bol alimentaire qui va stimuler les papilles gustatives.

Cette phase implique, donc, des phénomènes moteurs tels que :

- la mise en tension de la bouche, des lèvres et des joues, dans le but d'obtenir une fermeture labiale efficace,
- la mastication,
- les mouvements linguaux,
- le mouvement antérieur du palais mou qui permet de maintenir les aliments à l'intérieur de la cavité buccale.

Pendant cette phase, il n'y a pas d'inhibition de la respiration.

- **La phase orale de transport** est également volontaire. Elle débute au moment où la langue réalise une séquence de mouvements qui vont amener le bolus vers l'arrière de la cavité orale et le transporter en direction du pharynx. Le bolus va être plaqué par la langue contre le palais dur et sera propulsé grâce à l'élévation du voile du palais. Cette phase nécessite l'intégrité des mécanismes de contrôle de propulsion du bolus et de la capacité à le maintenir dans la cavité buccale.

Pendant cette phase, la respiration sera suspendue de 0,5 à 2,5 secondes.

- **La phase pharyngée** est une phase non volontaire, dite « réflexe », car elle est déclenchée par la stimulation des récepteurs sensitifs. Cette phase se décrit comme un ensemble complexe de phénomènes moteurs qui réalisent le transport des aliments à travers le pharynx jusqu'à l'œsophage en assurant la protection des voies aériennes. Elle comporte, par conséquent, deux types de mécanismes.

- Le mécanisme de protection qui permet de protéger le larynx et les poumons en inhibant la respiration. Il comprend l'occlusion vélo-pharyngée qui va élever le voile du palais mou et donc rapprocher les parois latérales du pharynx, l'occlusion du sphincter laryngé avec la fermeture des cordes vocales, le déplacement de l'épiglotte en arrière et

la bascule en arrière des aryténoïdes.

- Le mécanisme de propulsion va d'abord transporter le bolus vers l'œsophage, puis faire intervenir trois forces qui sont le recul de la base de la langue, la contraction des muscles constricteurs pharyngés et, enfin, l'aspiration de l'hypopharynx.

Cette phase prend fin lorsque le larynx redescend, que l'épiglotte remonte et que la respiration reprend.

- **La phase œsophagienne** est l'étape au cours de laquelle la nourriture traverse l'œsophage. Elle comprend trois mécanismes : une contraction permanente, l'ouverture réflexe jusqu'à l'arrivée du bol alimentaire et la fermeture après le passage de ce dernier.

La présentation que nous venons de proposer est admise par la majorité des auteurs tels que KENNEDY et KENT. Cependant, d'autres auteurs, tels que LEOPOLD et KAGEL¹¹, considèrent que les phases de la déglutition sont au nombre de cinq.

En effet, aux trois phases classiques de la déglutition, ces auteurs ajoutent les deux phases suivantes.

- **Une phase d'anticipation** qui a lieu avant la mise en bouche et se définit par les décisions et les actes volontaires qui influencent la prise des repas. En effet, la quantité de nourriture dans la bouche ou la vitesse avec laquelle le patient prend ses repas joue un rôle dans le bon déroulement des déglutitions.
- **Une phase préparatoire** qui implique, à la fois, une interaction entre l'influx sensoriel complexe (tels que le goût, la température ou le toucher) et une activité orale de mastication, de préparation du bolus, et de nettoyage de la cavité orale après une déglutition. Cette phase nécessite des capacités cognitives, comme le contrôle du bolus par exemple, pour l'ajustement du comportement alimentaire.

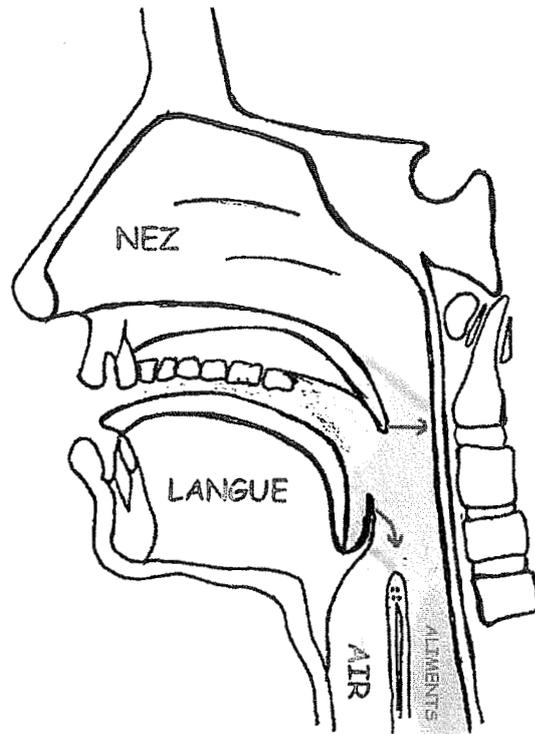
¹¹ F. COT et coll., op.cit.

Le tableau 2 résume les trois actions correspondantes aux trois phases de la déglutition.

TAB 2 : Les phases et les actions de la déglutition.

Phases	Actions
Phase orale : - préparatoire - de transport	Ouverture du passage en avant du bolus
Phase pharyngée	Ouverture du passage en arrière du bolus
Phase oesophagienne	Fermeture des voies secondaires

FIG 4 : Illustration du passage des aliments de la cavité buccale à l'œsophage.



Phase orale :

Dans la bouche, les aliments sont mastiqués et imprégnés de salive pour former un bol alimentaire homogène qui sera acheminé vers l'oropharynx, grâce aux mouvements de la langue.

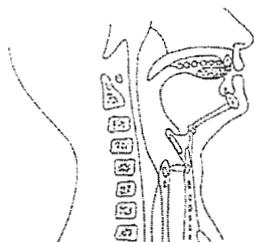
Phase pharyngée :

Le passage du bol alimentaire déclenche le réflexe de déglutition, la respiration se suspend et les aliments passent dans le pharynx.

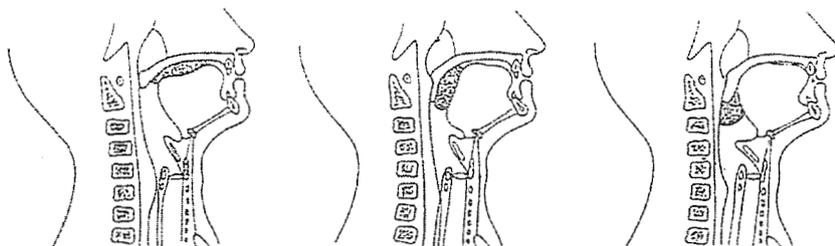
Phase œsophagienne :

Les aliments arrivent dans l'œsophage et la contraction des muscles de ce dernier fait descendre les aliments dans l'estomac.

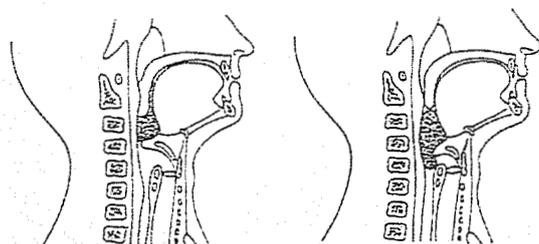
PHASES DE LA DÉGLUTITION



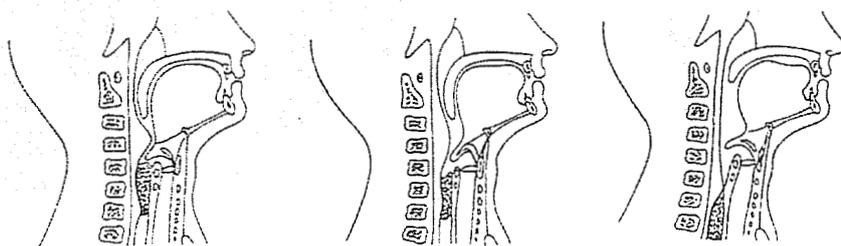
Phase labio-buccale



Phase linguale médiane et postérieure



Phase pharyngée



Phase œsophagienne

11

FIG 5 : Les phases de la déglutition¹².

¹² F.BRIN, C. COURRIER, E. LEDERLE, V. MASY. *Dictionnaire d'orthophonie*.

4. LES FONCTIONS ASSOCIEES

Ces fonctions, même si elles ne participent que de manière plus ou moins directe, sont essentielles au mécanisme de la déglutition.

A. LA RESPIRATION

Il existe une interdépendance entre la déglutition et la respiration. Elles utilisent toutes les deux la même voie de passage (oropharynx) et la coordination entre ces deux fonctions est donc vitale pour éviter l'aspiration de la nourriture pendant l'alimentation. Un des premiers événements de la déglutition est la suspension de la respiration qui dure 0,5 à 2,5 secondes. Cependant, selon certains auteurs, il se produirait même, au-delà d'un simple arrêt, une réorganisation de la respiration dans un temps défini. D'autres ont mis en évidence l'existence d'une « relation étroite entre la réorganisation séquentielle de la respiration et la déglutition, ce qui va dans le sens d'un contrôle commun par un circuit neuronal intégré.¹³ »

B. LA MASTICATION

La mastication a pour fonction d'accommoder la déglutition et de favoriser l'action ultérieure des enzymes digestives. Son rythme peut se modifier selon la consistance et le volume des aliments (solides et liquides) dans la bouche. La mastication débute pendant une pause de prolongation de la phase initiale du cycle de la mastication. La pause masticatoire persiste jusqu'au moment où le bolus est transporté dans l'oropharynx et la durée du cycle masticatoire est donc allongée. La pause masticatoire peut avoir lieu après la pause respiratoire lorsqu'il s'agit d'une déglutition qui se fait au cours d'un cycle de mastication ou avant la pause respiratoire lorsqu'il s'agit d'une déglutition qui se produit à la fin d'une séquence.

¹³ F. COT et coll., op.cit

C. LA SALIVATION

Elle est également une fonction très importante dans la déglutition. La production quotidienne salivaire se situe entre 800 et 1500 ml et celle-ci est déglutie de manière automatique par un mouvement qui se répète jusqu'à environ 2000 fois par jour. La salive a une fonction bactéricide qui participe à l'hygiène buccale et une fonction digestive grâce à ses enzymes. De plus, par le mucus qu'elle contient, elle lubrifie les aliments, ce qui facilite le glissement du bolus le long des voies gastro-intestinales. Par ailleurs, la salive constitue, à elle seule, le bolus quand il n'y a pas d'autre aliment dans la bouche.

V. LES ASPECTS ESSENTIELS DE LA DYSPHAGIE

1. LA DEFINITION

« La dysphagie est l'ensemble des difficultés se manifestant lors de l'acheminement du bol alimentaire de la bouche vers l'estomac. ¹⁴ » Elle se traduit par des difficultés de déglutition. Les signes cliniques sont variés, mais les plus évidents, sont les fausses routes, qui peuvent être toussées ou non. Cependant, la symptomatologie est beaucoup plus riche. En effet, la dysphagie peut également se traduire, entre autres, par une difficulté à déclencher la déglutition, par une sensation de blocage ou de ralentissement du bol alimentaire.

La dysphagie est le reflet d'un dysfonctionnement dans le mécanisme de la déglutition et ses symptômes peuvent toucher la bouche, le pharynx, le larynx et l'œsophage.

Elle comprend divers degrés, est à considérer comme une priorité. Les troubles dysphagiques vont du simple inconfort jusqu'à des difficultés majeures, dans les cas les plus sévères, pouvant mettre en jeu la santé, voire le pronostic vital du malade. Son apparition peut être brutale ou progressive, aiguë ou chronique. Dans certains cas, la dysphagie n'est présente que pour les liquides ou les solides, et, dans d'autres cas, pour les deux à la fois.

2. LES ETIOLOGIES

La dysphagie peut être causée par :

- un mauvais état général lié à l'âge¹⁵,
- des troubles neuromusculaires (en cas, par exemple, de syndrome parkinsonien, de sclérose en plaque, de sclérose latérale amyotrophique),
- des troubles cognitifs majeurs (concernant la mémoire, l'orientation, le

¹⁴ F.BRIN, C. COURRIER, E. LEDERLE, V. MASY. op.cit.

¹⁵ cf. Presbyphagie : trouble de la déglutition chez la personne âgée :

- 10% des patients > à 60 ans
- 30% des sujets âgés > à 75 ans
- 30 à 60% des sujets institutionnalisés.

- jugement et une perte du contrôle cognitif de la déglutition),
- des déficits perceptifs,
 - une perte de l'autonomie pour l'alimentation,
 - un AVC,
 - une laryngectomie,
 - des mycoses buccales ou linguales,
 - des troubles respiratoires,
 - des troubles de la sphère ORL,
 - un comportement étylo-tabagique.

3. LES DIFFERENTS TYPES DE DYSPHAGIES

Il est possible de distinguer deux types de dysphagie :

- La dysphagie oro-pharyngée ou dysphagie haute affecte les phases orales (phase orale préparatoire et phase orale de transport) ou la phase pharyngée. Ce trouble dit également « *dysphagie de transfert* » se traduit par une difficulté à transférer le bolus de la cavité buccale vers le pharynx puis vers l'œsophage. Elle concerne principalement la déglutition des liquides.
- La dysphagie œsophagienne ou dysphagie basse concerne la phase œsophagienne. Également nommée « *dysphagie de transport* », elle se traduit par une difficulté à acheminer le bolus le long de l'œsophage vers l'estomac. Elle est généralement présente lors de troubles d'ingestion de solides.

Ces deux dysphagies peuvent être liées à une cause anatomique. Dans ce cas, on observe, alors, une gêne ou une obstruction des structures anatomiques impliquées dans la déglutition.

Elles peuvent également être dues à des troubles neuromusculaires affectant la motilité oro-pharyngée ou œsophagienne consécutives à des maladies touchant le système nerveux central, le système nerveux périphérique ou la musculature elle-même. Le bolus étant soumis à un contrôle neuromusculaire complexe, la moindre

anomalie au niveau musculaire peut désorganiser et perturber son déplacement dans les voies digestives.

Nous avons choisi de nous intéresser seulement à la sémiologie de la dysphagie oro-pharyngée car la dysphagie oesophagienne ne fait pas partie de notre champ d'investigation.

4. LA SEMIOLOGIE

La sémiologie de la dysphagie oro-pharyngée est complexe. Ce trouble peut ne pas être lié à une phase spécifique ou, au contraire, être en relation avec une phase bien précise de la déglutition.

- La dysphagie, non associée à une phase spécifique de la déglutition, peut avoir quatre causes principales.
 - Un changement brusque de tonus ou des troubles du mouvement qui vont perturber toutes les étapes de la déglutition, allongeant ainsi le temps du repas et le rendant « risqué ».
 - Un trouble de la sensibilité qui peut perturber la phase orale ou pharyngée et peut conduire à une diminution de la sensibilité des récepteurs sensitifs responsables du déclenchement de ces phases, provoquant des résidus alimentaires dans la cavité buccale et une difficulté à enclencher une déglutition ; de plus, l'absence de perception de ces résidus alimentaires dans la bouche crée un danger d'aspiration avant la phase pharyngée.
 - Des problèmes de salivation: ils sont fréquents et résident dans la difficulté de contrôler la production salivaire. Il peut s'agir d'une hyposialorrhée qui rend difficile la formation de la salive en tant que bolus et qui provoque donc des difficultés de déglutition et une baisse de la fréquence de cette dernière. A l'inverse, il peut également s'agir d'une augmentation importante de la production salivaire, une hypersialorrhée, provoquant un phénomène de bavage qui peut être dû

à une baisse des déglutitions et/ou à un défaut de fermeture labiale. Le bavage peut aussi être la conséquence de difficultés pour déglutir la salive. En effet, une baisse des déglutitions peut conduire à une augmentation de la quantité salivaire à l'intérieur de la cavité buccale.

- Une limitation des capacités à déclencher la mastication ou la déglutition. Ce trouble est très fréquemment observé dans les cas de démence. Les auteurs parlent d'« apraxie de la déglutition ¹⁶ ». Cette dernière se traduit par le fait qu'une fois les aliments mis en bouche, le patient est incapable de réaliser les mouvements de mastication et de propulsion du bolus vers le pharynx. Et ceci, sans que le patient souffre d'apraxie bucco-faciale. D'importants troubles cognitifs peuvent être responsables de la perte du réflexe de déglutition, empêchant, ainsi, le déclenchement d'une réponse motrice appropriée aux stimuli intra-oraux. Dans ce cas, seule la stimulation thermo-tactile est efficace pour aider le patient à déglutir.

- La dysphagie associée aux trois phases orales.

- *La phase d'anticipation :*

La capacité à programmer et à organiser l'activité d'alimentation peut être perturbée. Durant cette phase, on peut observer des difficultés lors la préhension et la mise en bouche des aliments ainsi que dans l'évaluation de la grosseur des bouchées ou dans la mastication nécessaire pour former un bolus homogène.

- *La phase orale préparatoire :*

A ce stade, on peut observer cinq troubles.

- Un défaut de fermeture labiale qui provoque une difficulté à maintenir le bolus à l'intérieur de la cavité buccale.
- Une diminution du tonus et de la force des muscles faciaux qui entraîne,

¹⁶ N. MAURIN, *Rééducation de la déglutition*

lors de la mastication, une accumulation de résidus alimentaires en avant ou sur les côtés de la bouche, associée à une baisse de la motilité linguale.

- Une diminution de l'amplitude des mouvements verticaux et latéraux de la mandibule qui limite la mastication et la capacité à ouvrir la bouche.
- Une réduction de la motilité linguale. Le patient peut avoir des difficultés pour réaliser les mouvements linguaux globaux nécessaires à la mastication et à l'homogénéisation du bolus. Il peut également s'agir de la difficulté à contrôler le mouvement d'accolement de la langue au palais mou qui permet de garder et de rassembler le bolus sur la surface de la langue, avant de le propulser en arrière de la cavité buccale.
- Une insuffisance du contact du voile du palais avec la langue, à la fin de la phase orale préparatoire, qui provoque un écoulement passif du bolus vers le pharynx.

➤ *La phase orale de transport :*

Dans cette phase, quatre problèmes peuvent être mis en cause.

- Un problème de propulsion du bolus vers l'arrière dû à la réduction du mouvement vertical et antéropostérieur de la langue.
- Un problème dans l'amorçage du mouvement de propulsion qui allonge le temps de la phase orale de transport et qui provoque des risques importants d'aspiration avant la phase pharyngée, qui de ce fait est retardée.
- Un phénomène de « rolling » qui consiste en une succession de mouvements linguaux rapides et répétés d'avant en arrière, qui font que le bolus ne peut quitter la cavité buccale, la langue étant incapable de se rabaisser après la phase orale préparatoire.
- Un problème de « vidange » de la cavité buccale qui se traduit par des résidus alimentaires dans la bouche, du fait de la faiblesse de l'élévation de la langue qui ne peut jouer son rôle de « nettoyeur » de la voûte palatine.

La phase orale (préparatoire et/ou de transport) peut être perturbée, alors que la phase pharyngée est préservée et inversement.

➤ *La phase pharyngée :*

Cinq causes peuvent expliquer les perturbations de cette phase.

- Un retard dans le déclenchement du temps pharyngé. Il s'agit d'un retard de la séquence motrice du temps pharyngé alors que le bolus est déjà dans l'oropharynx. Cela peut engendrer des risques de pénétrations laryngées en fonction de la durée du retard, de la consistance et du volume du bol alimentaire par rapport aux capacités de réservoir du pharynx (vallécules, sinus périformes).
- Une perturbation de la motilité linguale est souvent associée à un retard du déclenchement de la réponse pharyngée qui peut être dû à une insuffisance de la stimulation linguale. Cela induit un retard dans la reconnaissance du stimulus au niveau du tronc cérébral.
- Une déficience du sphincter vélo-pharyngé qui peut causer un reflux nasal.
- Un défaut de transport pharyngé qui engendre un ralentissement du transit des aliments qui peut être la conséquence :
 - *d'un défaut de propulsion linguale* dû à une diminution de la force induite par la déformation de la langue entre le temps de transport oral et le temps pharyngé ; ainsi, le bolus stagne dans l'oropharynx après le temps pharyngé ;
 - *d'un défaut de propulsion pharyngé* dû à une déficience du péristaltisme pharyngé qui doit amener le bolus vers l'œsophage ; cette déficience est rare, mais peut être la cause d'un reflux nasal.
- Un dysfonctionnement du sphincter supérieur œsophagien qui correspond au défaut d'ouverture du sphincter au moment de l'arrivée et du passage du bol alimentaire. Il peut être lié à un défaut de relaxation du sphincter ou à un défaut d'ascension et de projection antérieure du larynx.

TAB 3 : Les différents types de dysphagie et leurs conséquences.

Types de dysphagie	Conséquences
Dysphagie non associée à une phase spécifique de la déglutition	<ul style="list-style-type: none"> ◆ changement brusque du tonus, ◆ trouble de la sensibilité, ◆ problème de salive, ◆ capacité limitée à déclencher la mastication et/ou la déglutition.
Dysphagie associée - à la phase orale d'anticipation	<ul style="list-style-type: none"> ◆ difficulté à évaluer la grosseur des bouchées, ◆ difficulté à enclencher la mastication nécessaire pour former un bolus homogène, ◆ difficulté à inhiber la respiration pendant le temps de la déglutition.
- à la phase orale préparatoire	<ul style="list-style-type: none"> ◆ difficulté à maintenir le bolus dans la cavité buccale, ◆ accumulation de résidus alimentaires dans la cavité buccale, ◆ mastication et ouverture de la bouche limitées, ◆ difficulté dans l'homogénéisation du bolus et mauvais contrôle des liquides, ◆ écoulement passif du bol alimentaire vers le pharynx.
- à la phase orale de transport	<ul style="list-style-type: none"> ◆ problème de propulsion du bol alimentaire vers l'arrière, ◆ allongement du temps de cette phase et risques importants d'aspiration, ◆ phénomène de « rolling », ◆ résidus alimentaires dans la cavité buccale.
- à la phase pharyngée	<ul style="list-style-type: none"> ◆ risques de pénétrations laryngées, ◆ retard du déclenchement de la réponse pharyngée, ◆ reflux nasal, ◆ ralentissement dans le transit des aliments, ◆ passage du bol alimentaire dans les voies respiratoire.
- à la phase pharyngée	<ul style="list-style-type: none"> ◆ risques de pénétrations laryngées, ◆ retard du déclenchement de la réponse pharyngée, ◆ reflux nasal, ◆ ralentissement dans le transit des aliments, ◆ passage du bol alimentaire dans les voies respiratoires.

5. LA SYMPTOMATOLOGIE

De multiples signes évoquent la dysphagie oro-pharyngée.

- Les patients peuvent présenter des troubles de la mastication, une difficulté à initier une déglutition, un reflux nasal ou des difficultés pour garder les aliments en bouche.
- On peut aussi observer une toux fréquente suite à une déglutition, une voix mouillée, le délaissement de certains aliments ou encore un problème de contrôle salivaire.
- L'allongement du temps des repas, les infections respiratoires à répétition et une perte de poids sont également des signes évocateurs de dysphagie.

6. LES CONSEQUENCES

- **La dénutrition**

La dysphagie peut entraîner une perte de poids, un déséquilibre nutritionnel ou une déshydratation. Elle peut conduire le patient à limiter ses apports alimentaires en suspendant temporairement l'ingestion d'aliments favorisant les fausses routes et pour écourter ce moment d'anxiété et de souffrance qu'une dysphagie douloureuse peut produire. La dénutrition provoque un affaiblissement de l'état général du patient et peut, ainsi, mettre en jeu le pronostic vital.

On peut constater que, sont dénutris :

- 20 à 50% des patients à l'hôpital,
- 30% des personnes en moyen et long séjour,
- 5% des personnes en maison de retraite.

- **Changement des habitudes alimentaires**

La dysphagie est un réel handicap qui affecte fortement la qualité de vie des patients qui en souffrent, et les malades sont contraints de modifier leur régime alimentaire et leur mode d'alimentation.

- Au niveau du régime, il faut être attentif à la nature, à la consistance et à la présentation tactile des aliments.
- Au niveau du mode d'alimentation, les changements sont dus à la possibilité ou non d'utiliser des ustensiles pour boire et manger et au degré de perte d'autonomie. Parfois l'alimentation peut ne plus être proposée sous forme orale.

- **Les fausses routes**

Les fausses routes se produisent lorsqu'il y a, d'une part, des matières alimentaires présentes au niveau du carrefour aéro-digestif et, d'autre part, une impossibilité de déclencher une déglutition à ce moment-là.

Elles peuvent être toussées ou non toussées.

On distingue cinq types de *fausses routes toussées*.

- **La fausse route sans déglutition** est provoquée par une réduction des mouvements du pharynx, du larynx et du voile. Elle est favorisée par l'extension de la tête qui gêne l'ascension de l'os hyoïde. Le bol alimentaire glisse, ainsi, sur la base de la langue sans déclencher le réflexe de la déglutition. La fausse route se produit après l'accumulation des aliments dans le pharynx et peut être directe et massive.
- **La fausse route avant la déglutition** se caractérise par un retard de déclenchement du réflexe de déglutition. De ce fait, le liquide peut couler sur la base de la langue, atteindre le pharynx voire pénétrer dans le larynx avant que la déglutition ne se produise.

- **La fausse route pendant la déglutition** se produit lorsque les structures protectrices du larynx sont inefficaces. Elle se traduit par une déficience dans la fermeture laryngée et dans la protection des voies aériennes.
- **La fausse route après la déglutition** est due au passage partiel du bol alimentaire dans l'œsophage entraînant un encombrement bronchique. Aussi, lorsque la respiration reprend, le contenu du pharynx peut s'écouler dans le larynx et la trachée, et aller inonder les voies aériennes. Dans ce cas, le phénomène de toux se déclenche.
- **La fausse route extra-laryngée** se rencontre chez des patients porteurs d'une canule suite à une trachéotomie. Elle est liée au passage des aliments à travers une fistule entre l'œsophage et la trachée.

Dans les fausses routes toussées, on observe que le passage des aliments dans les voies aériennes provoque chez le sujet sain une toux réflexe qui lui permet d'expectorer les corps étrangers. En revanche, chez certains patients, ce réflexe tussigène n'existe plus. On observe alors des *fausses routes non toussées*.

- **L'absence de ce réflexe** a des conséquences extrêmement graves car le passage des liquides et des aliments dans les voies respiratoires ne peut être identifié.
 - Seule l'auscultation du patient avant et après une déglutition permet de détecter ce trouble.
 - Le premier signe est la présence d'un encombrement bronchique. La dyspnée et la modification de la voix (la voix a un effet « mouillé ») sont également à prendre en considération.

VI. LA DYSPHAGIE DANS LA DEMENCE DE TYPE ALZHEIMER

Dans la démence de type Alzheimer, les troubles de la déglutition sont rarement mentionnés par le malade. Ce n'est souvent qu'à l'apparition d'un amaigrissement important ou d'un allongement anormal de la durée des repas que ce trouble est évoqué.

De plus, les troubles dysphagiques ne s'observent pas toujours au même moment chez les personnes atteintes. En effet, dès le stade initial, certains malades vont souffrir de dysphagie et, chez d'autres – c'est le plus fréquent-, ce trouble n'apparaîtra qu'au stade avancé de la maladie. En effet, dans ce dernier cas, les structures profondes sont altérées et on observe, chez le malade, des troubles massifs de la déglutition.

Les troubles dysphagiques présents dans la démence de type Alzheimer peuvent s'apparenter à ceux que nous pouvons observer chez le sujet âgé présentant une presbyphagie. En revanche, leur prise en charge est spécifique du fait des troubles cognitifs, des troubles de la vigilance et des difficultés mnésiques qui font partie du tableau clinique de la démence de type Alzheimer.

1. LES ETIOLOGIES

Différentes raisons peuvent expliquer la dysphagie en cas de démence de type Alzheimer :

- une apraxie bucco-faciale,
- le succing réflexe,
- l'opposition générale,
- la perte du réflexe de déglutition¹⁷,
- iatrogène : les neuroleptiques, les sédatifs (qui peuvent modifier la production salivaire)

¹⁷ Cf. TAB 4 p 45.

2. LES CONSEQUENCES SUR LES PHASES DE LA DEGLUTITION

Les conséquences touchent chacune des étapes ou des automatismes liés à l'activité de déglutition et de mastication. Elles peuvent être dues à :

- une perte de mouvements automatiques,
- une difficulté à exécuter des mouvements volontaires,
- un retard d'initiation du geste,
- un allongement du temps d'exécution,
- un déficit sensitif.

Le tableau 4 présente les conséquences d'un trouble dysphagique sur les phases orale et pharyngée de la déglutition chez un malade « Alzheimer ». Nous n'abordons pas les conséquences sur la phase oesophagienne, car cette dernière est mise en cause lors de pathologies digestives.

TAB 4 : Conséquences, sur les phases de la déglutition, des troubles dysphagiques dans la démence de type Alzheimer.

<p>Phase orale préparatoire</p>	<ul style="list-style-type: none"> ◆ Le patient a des difficultés à mettre en bouche ; cela peut être lié à des troubles de la réalisation motrice, à une incapacité à organiser ses gestes moteurs ou encore à ses pertes de mémoire qui provoquent un oubli du geste. ◆ Le patient peut également avoir des difficultés à contrôler le bol alimentaire et à le garder dans sa cavité buccale. ◆ La durée de cette phase peut être anormalement prolongée.
<p>Phase orale de transport</p>	<ul style="list-style-type: none"> ◆ La bouchée roule plusieurs fois d'avant en arrière sur la langue avant que la déglutition ne soit enfin initiée ; cela peut s'expliquer par un déficit sensitif. ◆ Le patient présente une difficulté à initier l'abaissement de la langue après l'avoir relevée pour maintenir le bol alimentaire durant la phase préparatoire.
<p>Phase pharyngée</p>	<ul style="list-style-type: none"> ◆ Le déclenchement du réflexe est retardé. Une fois enclenché, le péristaltisme pharyngé est souvent réduit, ce qui peut entraîner : <ul style="list-style-type: none"> - un mauvais contrôle du bol alimentaire, - une rétention de résidus alimentaires, - une augmentation de ces résidus au fil des déglutitions successives, - une déglutition fragmentée, - des fausses routes.

VII. LA PRISE EN CHARGE ORTHOPHONIQUE DE LA DYSPHAGIE EN CAS DE DÉMENCE DE TYPE ALZHEIMER

Les troubles dysphagiques participent à la dégradation de l'état général du patient et nécessitent un changement de la nature de ses repas. Dans la mesure du possible, la prise en charge orthophonique a pour but de rétablir une alimentation sans risque et relativement satisfaisante.

Le programme de réhabilitation comporte deux axes qui seront abordés différemment en fonction de l'origine des troubles et des capacités cognitives et fonctionnelles du patient. Le premier axe concerne les exercices analytiques ou fonctionnels musculaires en dehors des repas. Le second axe propose des stratégies d'adaptation à mettre en place au moment des repas.

1. LA PRISE EN CHARGE SPECIFIQUE

La prise en charge spécifique relève de la compétence de l'orthophoniste. Elle comporte des exercices analytiques et fonctionnels qui stimulent les structures musculaires impliquées dans le mécanisme de la déglutition. Cette prise en charge s'appuie, à la fois, sur la participation passive du patient lorsqu'il s'agit de réponses réflexes à des stimuli et sur la participation active du patient en cas de réalisation de mouvements volontaires. De plus, la motivation du patient joue un rôle primordial dans l'efficacité de la rééducation.

- Les exercices analytiques

Ils concernent les structures anatomiques communes aux fonctions de déglutition, de phonation et de respiration. Ces deux dernières peuvent être travaillées en parallèle, en tant qu'entité, si cela s'avère nécessaire.

Ces exercices analytiques sont mis en place selon deux modes :

- le mode actif consiste à faire reproduire des mouvements volontaires au patient sur imitation ou sur consigne verbale,
- le mode passif exploite les réponses motrices réflexes dans le but de pallier les défauts d'initialisation des mouvements.

Dans le cadre de ces exercices, chaque structure musculaire (telle la langue, les joues, les lèvres, les mandibules, le voile du palais, le larynx ou le pharynx) est travaillée, de façon isolée, par des praxies afin d'obtenir une bonne coordination des mouvements.

- Les exercices fonctionnels

Ces exercices ont pour but d'améliorer chaque phase de la déglutition. Ils agissent au niveau physiologique et doivent permettre la réinstallation des automatismes nécessaires à une bonne déglutition.

Dans un premier temps, il s'agira d'un travail de reconnaissance gnosique au cours duquel le patient devra, par exemple, manipuler des objets dans sa bouche, de façon à utiliser la totalité de son espace intra-buccal.

Dans un second temps, l'exercice se fera avec du matériel alimentaire dont la consistance et la quantité seront déterminées par les capacités de contrôle du patient.

La dernière étape consiste à stimuler les mouvements linguaux de propulsion et de déclenchement de la déglutition en demandant au patient d'avaler volontairement de salive ou de petites quantité d'eau.

L'objectif de cette prise en charge est – nous le rappelons - de mettre en place les automatismes nécessaires à une bonne déglutition. Cependant, comme cette prise en charge est du ressort de l'orthophoniste, nous avons choisi de ne pas développer davantage ces exercices de rééducation orthophonique. En effet, l'un de nos objectifs étant de proposer au personnel soignant des moyens d'action pour pallier les troubles dysphagiques chez les patients «Alzheimer», nous allons vous présenter des stratégies d'adaptation que le personnel soignant pourra mettre en place.

2. LES STRATEGIES D'ADAPTATION

Les stratégies d'adaptation ne constituent pas un moyen de rééducation des troubles dysphagiques. Elles permettent simplement de pallier les difficultés provoquées par ces derniers lorsque l'alimentation du patient peut se faire de façon orale.

Ces moyens d'adaptation seront choisis après concertation de l'orthophoniste avec l'équipe soignante et les stratégies seront retenues en fonction de leur efficacité pour améliorer la prise des repas.

➤ L'adaptation des conditions dans lesquelles le patient prend ses repas :

- Les patients atteints de démence de type Alzheimer ayant des troubles de la déglutition ont besoin de concentration, car il leur est difficile de gérer une double tâche, telle que se concentrer sur leur repas et écouter une personne parler. Par conséquent, les repas devraient être pris dans un environnement calme et où il n'y aurait pas d'éléments distrayants comme la radio, la télévision ou des personnes bruyantes.
- Lorsque le patient montre de l'angoisse au moment des repas, il est important que le personnel soignant en cherche la raison. En effet, si le patient souffre de ce symptôme de manière chronique, il faut le rassurer en lui expliquant, de façon simple et claire, la situation. En revanche, si chaque repas génère de l'angoisse chez le patient, il est primordial que le personnel soignant l'accompagne pendant ces moments et le guide, après lui avoir présenté les différentes étapes du repas.
- Les personnes atteintes de la maladie peuvent présenter des troubles pratiques, c'est pourquoi le patient doit être installé en fonction de ses possibilités, de manière à lui simplifier l'accès à ses couverts et lui permettre d'initier la phase orale de la déglutition en lui facilitant la mise en bouche des aliments.

➤ L'adaptation de la posture de la tête :

- La position idéale pour une bonne déglutition est le dos bien calé, les pieds à plat sur le sol et la tête dans l'alignement du corps.
- La position de la tête et du tronc influe sur la déglutition et peut être un facteur facilitant ou gênant.
- La position favorable de la tête est dans l'alignement du corps et légèrement fléchie vers l'avant car elle permet une protection laryngée efficace.
- La protection laryngée sera également assurée et renforcée, lorsque le patient qui a des difficultés pour déglutir, fléchit la tête en posant son menton sur le sternum.

➤ L'adaptation de l'alimentation¹⁸ et du mode alimentaire :

Le bol alimentaire doit être adapté en fonction de sa nature et des troubles dysphagiques du patient.

- **Pour les solides**, il est possible :
 - d'adapter la consistance du bolus en le présentant haché ou mixé (éviter la purée de pomme de terre qui « s'accroche » dans l'arrière gorge, préférer les purées d'autres légumes),
 - de proposer des liants, essentiellement de la crème fraîche,
 - de contrôler le volume des bouchées, d'alimenter à la petite cuillère,
 - de fragmenter les repas.

¹⁸ M. PUECH et V. WOISARD, *La réhabilitation de la déglutition chez l'adulte*.

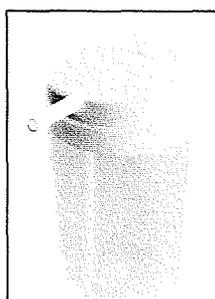
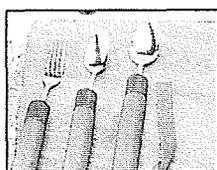
- **Pour les liquides**, il est possible :
 - d'utiliser des poudres épaississantes dans les potages et les liquides,
 - de l'eau gélifiée,
 - des boissons fraîches, aromatisées et/ou gazeuses, des nectars de fruits.

L'adaptation de l'alimentation est nécessaire en cas de troubles dysphagiques car la température, la texture, la consistance et la saveur des aliments favorisant une stimulation des récepteurs sensitifs qui déclenche le réflexe de déglutition et diminuent donc le risque de fausses routes.

Les patients «Alzheimer» dysphagiques peuvent être alimentés de façon entérale soit par sonde nasogastrique, soit par sonde gastrostomique. Lorsque l'alimentation « per os » est possible, les sujets peuvent être soumis à des restrictions alimentaires, en raison de leurs troubles qui nécessitent, parfois, une réduction des quantités, une fragmentation des repas et l'interdiction de certains aliments à risque du fait de leur texture tels que le riz ou les petits pois. Ces restrictions alimentaires sont nécessaires pour éviter l'encombrement bronchique, mais sont proposées de façon temporaire et modifiées en fonction de l'évolution du patient.

➤ L'adaptation des ustensiles :

L'utilisation d'ustensiles ergonomiques peut se révéler efficace. Il existe des cuillères coudées ou à long manche qui facilitent la mise en bouche si le patient souffre de troubles moteurs qui l'empêchent de porter la cuillère à sa bouche. D'autre part, l'utilisation d'un « canard » ergonomique permet de limiter l'écoulement trop rapide des liquides.



➤ L'adaptation du goût :

Sur le plan des solides, il est conseillé (en dehors des régimes particuliers) de saler ou poivrer davantage les plats ou de proposer des aliments sucrés ou glacés. Cela permet de stimuler les récepteurs buccaux et donc de favoriser le rassemblement du bol alimentaire. De plus, la stimulation sensorielle provoque le déclenchement des phases orales et pharyngées.

Ces stratégies adaptatives sont d'une grande importance pour les personnes « Alzheimer » présentant des troubles de la déglutition et sont facilement réalisables par le personnel soignant. En outre, ces stratégies sont des moyens efficaces et directs qui permettent d'avoir une action au quotidien.

Cependant, bien que simples, ces stratégies nécessitent une bonne connaissance des mécanismes de la déglutition et un savoir-faire approprié pour une prise alimentaire bien adaptée.

DEUXIEME PARTIE :

**DISPOSITIF EXPERIMENTAL
POPULATION, CONDITIONS
ET LIEUX DE PASSATION DU QUESTIONNAIRE**

Dans cette deuxième partie, nous présentons le dispositif expérimental de notre travail de recherche ainsi que l'outil d'investigation que nous avons choisi pour mener l'enquête auprès du personnel soignant.

I. LA PRESENTATION DE LA POPULATION

D'après MUCCHIELLI¹⁹, « on appelle Univers de l'enquête, l'ensemble du groupe humain concerné par les objectifs de l'enquête. L'univers est aussi appelé la population de l'enquête ».

La population de cette étude se compose de 10 infirmières, 10 aides soignantes et de 10 agents de service hospitalier. L'ensemble de ce personnel soignant est, de fait, constitué uniquement de femmes.

Tous ces professionnels prennent en charge des sujets atteints de démence de type Alzheimer mais qui ne souffrent pas tous, de troubles de la déglutition. Les 10 personnes interviewées dans chaque catégorie, ont été retenues en fonction de différentes variables (telles que leur âge et leurs années d'expérience). En effet, il était utile pour l'enquête que les personnes interrogées diffèrent sur ces plans, de façon à obtenir un plus large état des connaissances sur les troubles dysphagiques chez les patients présentant une démence de type Alzheimer. Ceci dans le but d'observer également si le niveau de connaissances sur la déglutition avait évolué au cours des années et s'il était différent selon les formations suivies.

II. LES LIEUX DE PASSATION

Dans le cadre de notre expérimentation, et après en avoir demandé l'accord par courrier aux différents directeurs des maisons de retraite et des établissements de long séjour où le personnel soignant était en contact avec des patients atteints de démence de type Alzheimer, nous nous sommes rendue sur les lieux.

Ces établissements étant peu nombreux, nous avons dû nous déplacer dans le département. En effet, nous avons proposé notre questionnaire au personnel soignant dans différentes villes : Nancy (maison de retraite Simon Bénichou et centre Saint-Stan), Saint-Nicolas-de-Port, Ludres, Laxou, et Toul (au centre Saint-Charles et à la résidence Les Ombelles).

¹⁹ R. MUCCHIELLI, *Le questionnaire dans l'enquête psychosociale*.

III. LES CONDITIONS DE PASSATION

Le questionnaire a été proposé aux aides soignantes et aux agents de service hospitalier, au cours d'un entretien individuel sur leur lieu et durant leurs heures de travail.

La durée de passation était d'environ trente minutes par personne. Cette passation a été, parfois, complétée par un entretien compréhensif, mais en raison du manque de temps et de disponibilité du personnel, cet entretien n'a pu être généralisé.

Par ailleurs, les infirmières se sont « auto-administrées » le questionnaire, car il leur était impossible de quitter leur lieu de travail et de disposer du temps nécessaire pour y répondre, en raison de leur nombre restreint dans leur service.

TAB 5 : Présentation de la démarche expérimentale

Lieu de passation	Population	Conditions de passation
Nancy (maison de retraite Simon Bénichou)	<ul style="list-style-type: none"> ◆ 3 aides soignantes ◆ 3 agents de service hospitalier ◆ 1 agent de service hospitalier 	<ul style="list-style-type: none"> ◆ Entretien individuel
Saint-Nicolas-de-Port	<ul style="list-style-type: none"> ◆ 2 aides soignantes 	<ul style="list-style-type: none"> ◆ Entretien individuel
Ludres	<ul style="list-style-type: none"> ◆ 1 infirmière 	<ul style="list-style-type: none"> ◆ Questionnaire « auto-administré »
Laxou	<ul style="list-style-type: none"> ◆ 2 infirmières ◆ 1 aide soignante 	<ul style="list-style-type: none"> ◆ Questionnaire « auto-administré » ◆ Entretien individuel
Toul (les Ombelles)	<ul style="list-style-type: none"> ◆ 2 infirmières ◆ 1 aide soignante 	<ul style="list-style-type: none"> ◆ Questionnaire « auto-administré » ◆ Entretien individuel
Toul (centre St-Charles)	<ul style="list-style-type: none"> ◆ 3 agents de service hospitalier ◆ 3 aides soignantes ◆ 2 infirmières 	<ul style="list-style-type: none"> ◆ Entretien individuel ◆ Questionnaire « auto-administré »
Nancy (centre St-Stan)	<ul style="list-style-type: none"> ◆ 3 infirmières ◆ 3 agents de service hospitalier 	<ul style="list-style-type: none"> ◆ Questionnaire « auto-administré » ◆ Entretien individuel

IV. LE QUESTIONNAIRE

1. Pourquoi un questionnaire ?

Nous avons choisi le questionnaire comme moyen d'investigation pour établir un état des lieux, c'est-à-dire évaluer, grâce à des questions ciblées, d'une part, les connaissances que le personnel soignant possède sur les troubles de la déglutition chez les patients atteints de démence de type Alzheimer et, d'autre part, leurs besoins et leurs attentes en vue d'élaborer un éventuel outil d'information à leur intention.

2. Les différents types de question

Le questionnaire proposé contient des questions à réponses fermées et des questions à réponses ouvertes.

- Les questions à réponses fermées, au nombre de vingt-deux, qui exigent une réponse par oui ou par non, facilitent le traitement des données.
- Les questions à réponses ouvertes, au nombre de trente-trois qui nécessitent des réponses plus libres et plus variées de la part de l'interviewé, sont plus délicates à traiter en raison de la diversité de leur contenu.

L'outil d'investigation et la population ayant été défini, nous avons pu commencer la rédaction du questionnaire.

3. La structure du questionnaire

A. Les quatre volets

- Le service des repas

Les questions proposées dans ce volet permettent de comprendre comment et dans quelles conditions les patients autonomes et les patients nécessitant une aide alimentaire prennent leur repas.

Les réponses à ce volet sont importantes car l'environnement dans lequel les patients « Alzheimer » prennent leur repas est un facteur qui influence la qualité de la prise alimentaire de ces sujets.

- La nature des repas

Cette partie du questionnaire aborde le mode de préparation des repas et la façon dont ils sont proposés aux patients. La forme d'alimentation proposée au patient est à prendre en considération car elle est essentielle dans les stratégies d'adaptation qui permettent de pallier les troubles dysphagiques.

- La déglutition

L'objectif de ce volet est de recueillir les connaissances du personnel soignant à propos de la déglutition et des troubles dysphagiques mais également des moyens mis en œuvre pour pallier ces derniers car la prise en charge des patients dysphagiques est dépendante des informations et des moyens d'action dont le personnel soignant dispose.

- La démence de type Alzheimer

Cette partie du questionnaire concerne l'information du personnel sur la démence de type Alzheimer et les rapports que ce dernier entretient avec ces patients. En effet, il est intéressant de connaître la façon dont le personnel soignant perçoit les patients présentant une démence de type Alzheimer, car cela permet de comprendre la pratique de l'équipe soignante.

B. La présentation des questions

- **Le service des repas**

Question 1 : **Les repas sont-ils servis à heure fixe ?**

Question 2 : **Quel temps est consacré aux repas ?**

Ces deux questions sont destinées à nous familiariser avec l'organisation du service.

Question 3 : **Où les patients prennent-ils leur repas ?**

Question 4 : **Comment est installé le patient ?**

Ces deux questions ont pour but de comprendre dans quelles conditions les patients prennent leur repas.

Question 5 : **Les patients sont-ils capables de manger seuls ?**

Cette cinquième question doit nous renseigner sur la façon dont le personnel soignant gère un patient non autonome sur le plan de l'alimentation.

Question 6 : **Est-ce que vous vous inquiétez de la position de la tête durant les repas ?**

La dernière question de ce volet nous permet de sensibiliser le personnel soignant aux points à considérer au moment des repas.

- **La nature des repas**

Question 1 : **Où sont cuisinés les repas ?**

Question 2 : **Par qui ?**

Ces deux questions permettent de nous renseigner sur le lieu de préparation des repas et sur les personnes qui les préparent.

Question 3 : **Les menus sont-ils adaptés aux patients**

- sur le plan des liquides ?

- sur le plan des solides ?

Cette question a pour but de nous rendre compte des moyens d'adaptation mis en place pour les patients lorsqu'ils ont des troubles de la déglutition.

Question 4 : **Rencontrez-vous des difficultés particulières avec les patients atteints de démence de type Alzheimer concernant les troubles de la déglutition ?**

Question 5 : **Comment abordez-vous les repas avec un patient «Alzheimer» ?**

A travers les questions 4 et 5, nous cherchons à connaître les difficultés éventuelles que les professionnels peuvent rencontrer avec une personne atteinte de démence de type Alzheimer.

- **La déglutition**

Question 1 : **Avez-vous remarqué si la température des aliments influence le mécanisme de la déglutition ?**

Cette question nous permet de savoir si le personnel soignant prend en considération les stimulations sensibles en cas de dysphagie.

Question 2 : Avez-vous déjà été confronté(e) à un patient qui refuse de s'alimenter ?

- Quelles ont été vos réactions ?

- Quelles en ont été les raisons ?

Cette deuxième question a pour but de nous faire connaître les moyens dont dispose le personnel soignant pour aider un patient qui refuse de s'alimenter.

Question 3 : Avez-vous en charge des patients ayant une sonde naso-gastrique ou une gastrostomie ?

Cette question permet d'obtenir des renseignements sur les personnes dysphagiques.

Question 4 : Connaissez-vous les phases de la déglutition ?

Question 5 : Quelle est, selon vous, la position idéale pour une bonne déglutition ?

Les questions quatre et cinq nous renseignent sur les connaissances que le personnel soignant a sur la déglutition.

Question 6 : A quels signes vous rendez-vous compte qu'un patient a des difficultés pour déglutir ?

Question 7 : Savez-vous qu'il existe des fausses routes non toussées ?

Ces deux questions permettent de nous rendre compte de la sensibilité du personnel soignant face au problème des fausses routes.

Question 8 : Connaissez-vous les raisons possibles d'un trouble de la déglutition ?

Question 9 : Connaissez-vous les conséquences de ce trouble ?

Ces questions viennent compléter les deux précédentes et renseignent donc sur l'information dont dispose le personnel soignant sur les troubles de la déglutition.

- **La démence de type Alzheimer**

Question 1 : **Est-il difficile de communiquer avec un patient «Alzheimer» ?**

Question 2 : **Est-ce que vous rencontrez davantage de difficultés avec un patient «Alzheimer» qu'avec d'autres patients ?**

Question 3 : **Est-ce que les repas se passent plus difficilement avec un patient « Alzheimer » ?**

Ces questions nous renseignent sur la manière dont sont perçues et gérées les personnes atteintes de démence de type Alzheimer.

Question 4 : **Avez- vous déjà été confronté(e) à un patient «Alzheimer» qui refuse de s'alimenter ?**

Question 5 : **Comment gérez- vous un patient «Alzheimer» qui déambule ?**

Les questions 4 et 5 ont pour but de nous informer sur la façon dont le personnel soignant aborde le patient «Alzheimer» et si cette approche diffère de celle d'un patient souffrant d'une autre pathologie.

Question 6 : **A qui vous adressez-vous en cas de problème ?**

Il nous a paru important de poser cette question car elle permet de savoir qui est la personne référente et donc qui transmet les informations en cas de problème.

Question 7 : **Trouvez- vous que la prise en charge des troubles de la déglutition est plus difficile avec des patients atteints de démence de type Alzheimer qu'avec des patients présentant d'autres pathologies ?**

Question 8 : **Dans votre service, quel est le nombre de patients «Alzheimer» atteints de troubles de la déglutition par rapport à l'ensemble des patients souffrant de cette pathologie ?**

Question 9 : **Est-ce que, d'après vous, la fréquence des troubles de la déglutition est plus élevée chez les patients atteints de démence de type Alzheimer ?**

Ces trois dernière questions servent à recueillir l'opinion de l'interviewé sur les troubles de la déglutition chez les personnes « Alzheimer ».

TAB 6 : La structure du questionnaire.

Volet du questionnaire	Nbre de questions	Nbre de questions fermées	Nbre de questions ouvertes
<i>Le service des repas</i>	6 questions 6 sous-questions	4	8
<i>La nature des repas</i>	5 questions 4 sous-questions	3	6
<i>La déglutition</i>	9 questions 7 sous-questions	7	9
<i>Démence de type Alzheimer</i>	9 questions 6 sous-questions	6	9
Total	29 questions 23 sous-questions	20	32

TROISIEME PARTIE :

**PRESENTATION, ANALYSE ET INTERPRETATION
DES RESULTATS**

Dans cette troisième partie, nous regroupons les réponses des interviewés par question - en vue de leur analyse et de leur interprétation. Nous vérifions, par ailleurs, si ces résultats confirment ou non nos hypothèses et nous dégageons les points essentiels qui devront figurer dans notre brochure d'information à l'intention du personnel soignant.

I. LE TRAITEMENT DES REPONSES

Pour les questions à réponses fermées, nous avons procédé à un traitement quantitatif des résultats que nous avons présenté sous forme de tableaux et de graphiques. En revanche, pour les questions à réponses ouvertes, nous avons dû recourir à un traitement qualitatif des données.

II. L'ANALYSE DES REPONSES SUR LE FONCTIONNEMENT DES INSTITUTIONS

Etant donné que ces réponses ne font pas intervenir le statut de la personne interrogée, nous avons donc choisi de regrouper les réponses obtenues auprès des infirmières, des aides soignantes et des agents de service hospitalier.

1. Le volet II concernant le service des repas

Question 1 : Les repas sont-ils servis à heure fixe ?

100% des personnes interrogées répondent oui.

Question 2 : Quel temps est consacré aux repas ?

L'ensemble des personnes interrogées a répondu que le temps moyen des repas était d'environ 1 heure pour l'ensemble des patients.

Question 3 : Où les patients prennent-ils leur repas ?

Quelle que soit l'institution, les repas sont pris à la salle à manger sauf si l'état du patient ne permet pas qu'il s'y rende; dans ce cas, les repas sont pris dans les chambres. *Nous supposons que les repas sont pris majoritairement en salle à manger pour favoriser les relations entre les patients, pour faciliter la surveillance des malades et les éventuelles aides alimentaires.*

Question 4 : - Comment est installé le patient qui prend ses repas sur une chaise ?

Selon 73,3% du personnel soignant, le patient est installé devant une table,

Selon 10% du personnel soignant, le patient dispose d'un adaptable, 16,6% du personnel soignant interrogé n'ont pas répondu à cette question.

Nous posons l'hypothèse que la majorité du personnel soignant place le patient devant une table pour des raisons pratiques d'organisation et également pour favoriser l'autonomie de ce dernier.

- Comment est installé le patient qui prend ses repas dans son fauteuil ?

Les pourcentages obtenus à ces questions sont les mêmes qu'à la question précédente. *Nous formulons alors la même hypothèse en y ajoutant le fait que certains patients sont installés dans des fauteuils dont la configuration ne leur permet pas d'être à la même hauteur que la table et que ces patients auraient, donc, nécessairement, besoin d'un adaptable pour prendre leur repas.*

- Comment est installé le patient qui prend ses repas au lit ?

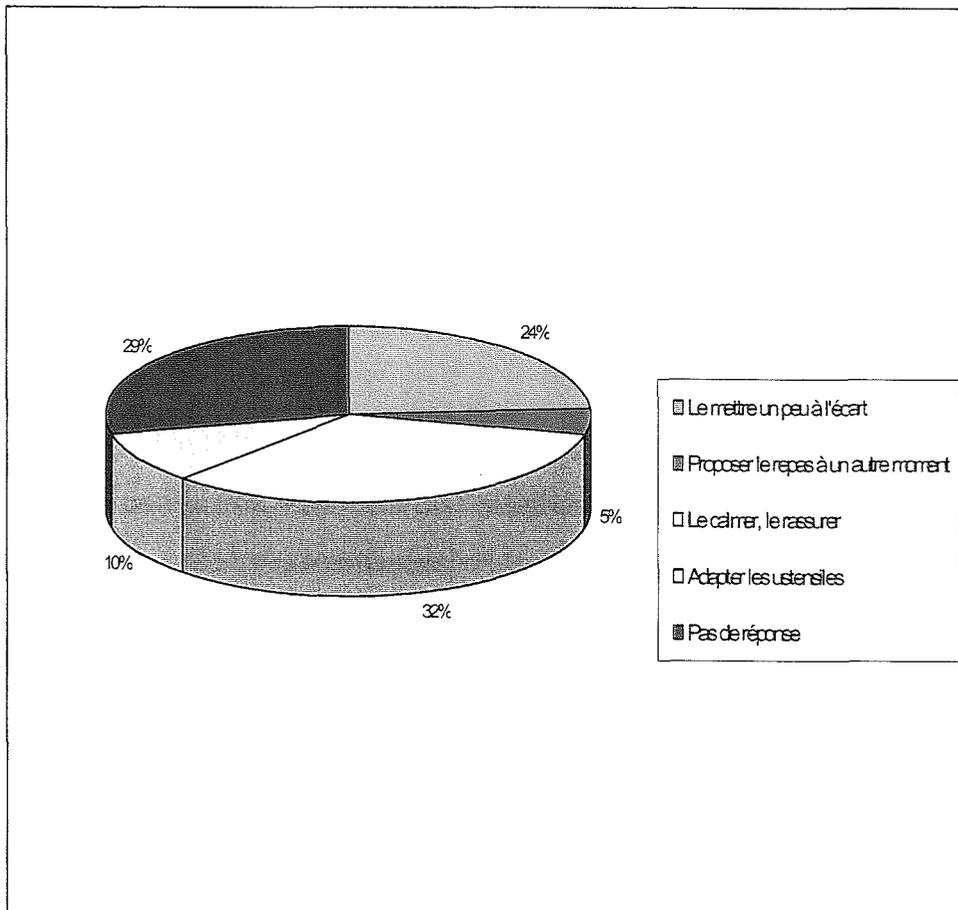
A 70%, le personnel soignant a répondu que le patient dispose d'un adaptable lorsqu'il prend ses repas au lit.

A 13%, le personnel soignant a répondu que le patient prenait ses repas en position assise.

A 16,6%, le personnel soignant n'a pas répondu à cette question.

Question 5 : - A : Comment gérez-vous un patient agité qui prend ses repas à table ?

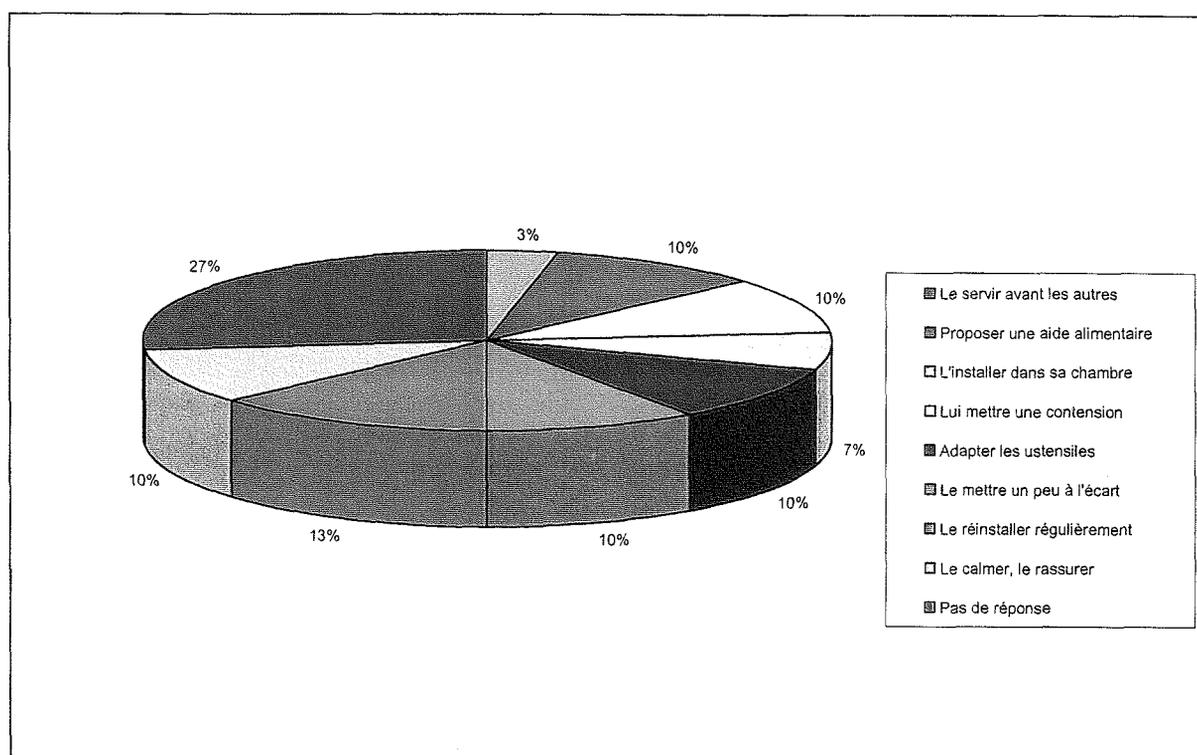
FIG 6 : Attitude du personnel soignant avec un patient agité prenant ses repas à table.



Nous observons que le personnel soignant réagit, le plus fréquemment (32%), en tentant de calmer ou de rassurer un patient agité dans le but de réduire ses angoisses. Nous notons également que 29% des personnes interrogées ne répondent pas et nous nous interrogeons sur cet aspect. *Nous supposons que ce pourcentage peut s'expliquer par le fait que cette question mettrait mal à l'aise le personnel soignant parce qu'il ne saurait pas forcément quelle attitude adopter face à ce type de comportement.*

- B : Comment gérez-vous un patient agité qui prend ses repas dans son fauteuil ?

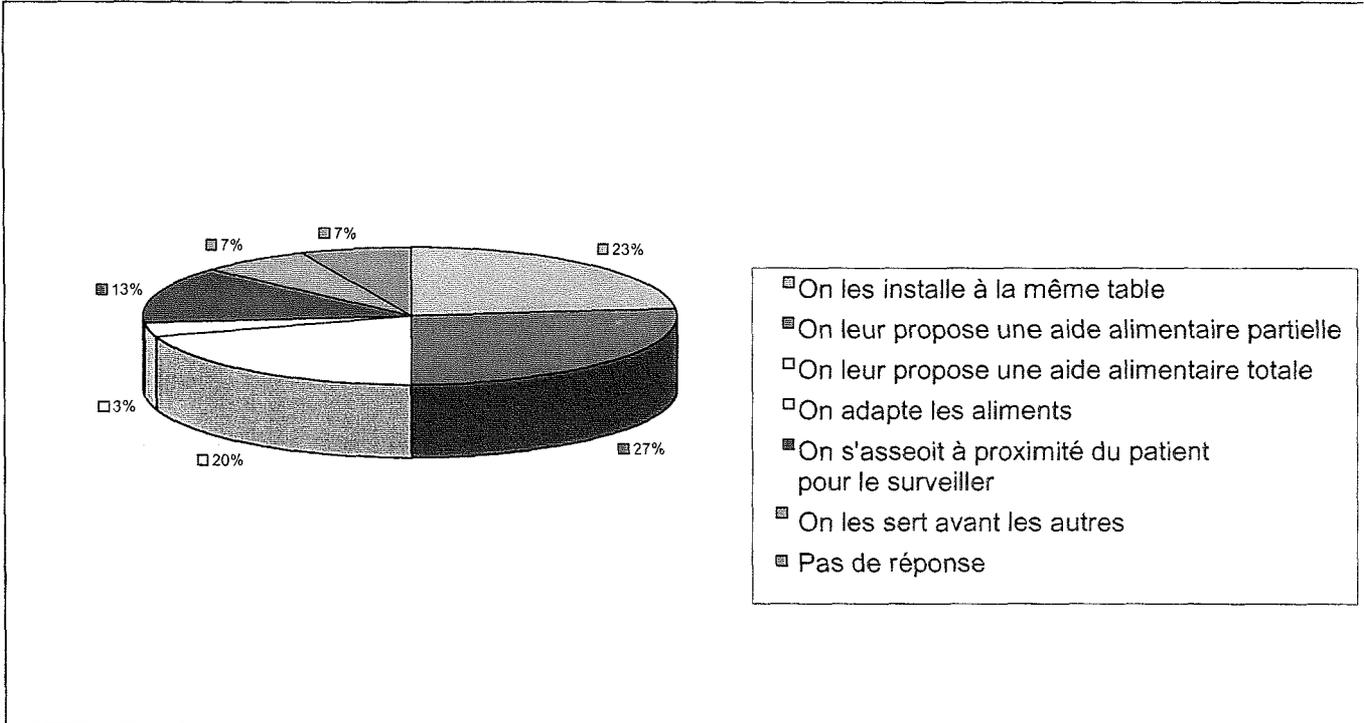
FIG 7 : Attitude du personnel soignant avec un patient agité qui prend ses repas dans son fauteuil.



Pour gérer un patient agité qui prend ses repas dans son fauteuil, 27% du personnel soignant choisissent de le servir avant les autres. Cette question nous permet de connaître la façon dont le personnel soignant propose les repas aux patients agités installés dans un fauteuil ; mais en demandant de préciser les réponses obtenues, nous aurions pu savoir, plus exactement, à quels types de patients les personnes interrogées faisaient référence. Par conséquent, nous émettons l'hypothèse suivante : le personnel soignant a répondu en pensant aux patients ayant des difficultés motrices ne leur permettant pas d'être autonomes sur le plan alimentaire ; de plus, nous supposons également que pour leur proposer une aide alimentaire adaptée et pour des raisons d'organisation, il est plus facile pour l'équipe soignante d'alimenter ces patients avant les autres.

Question 6 : Comment se passe l'aide alimentaire ?

FIG 8 : Différentes façons de proposer l'aide alimentaire.



L'aide alimentaire est, dans 80% des cas, partielle. *Nous expliquons ce pourcentage par le fait que le personnel soignant peut préparer à l'avance certains aliments (tels que des tartines, des yaourts ou de la viande coupée au préalable) pour favoriser l'autonomie des patients, faciliter la surveillance et leur apporter l'aide nécessaire.*

Question 7 : Est-ce que vous vous inquiétez de la position de la tête durant les repas ?

100% des agents de soin prennent en considération la position de la tête durant les repas. *Ce résultat s'explique par la sensibilisation du personnel soignant au rôle de la position de la tête dans le mécanisme de la déglutition.*

- Pourquoi ?

A 40%, le personnel soignant s'inquiète de la position de la tête pour éviter les fausses routes,

A 20%, le personnel soignant s'inquiète de la position de la tête pour le confort du patient,

A 30%, le personnel soignant considère « logique » de s'inquiéter de la position de la tête car « si le patient a la tête dans l'assiette, il ne peut pas manger »,

A 10%, le personnel soignant s'intéresse à la position de la tête pour éviter les salissures.

A l'unanimité, le personnel soignant a répondu s'inquiéter de la position de la tête durant les repas mais, au vu des réponses à cette sous-question et du faible pourcentage de personnes évoquant les fausses routes, nous nous interrogeons sur les fondements de cette préoccupation posturale.

2. Le volet III concernant la nature des repas

Question 1 : Où sont cuisinés les repas ?

Dans 63,3% des cas, les repas sont cuisinés à l'extérieur de l'institution, dans 36,6% des cas, les repas sont cuisinés au sein même de l'institution.

Question 2 : Par qui sont cuisinés les repas ?

40% des repas sont préparés par des cuisiniers,
60% des repas sont préparés par des cuisiniers avec l'aide de diététiciens.

Question 3 : Les menus sont-ils adaptés aux patients ?

A l'unanimité, le personnel soignant a répondu « oui » à cette question. Cette question permet de nous rendre compte du nombre important de personnes qui nécessitent une adaptation alimentaire, étant donné que cette adaptation peut également être proposée en cas de régimes médicalement prescrits (tels que, par exemple, les régimes sans sel ou hypocalorique), mais également en fonction du goût des patients. Cependant, en limitant cette question aux personnes dysphagiques, nous aurions, sans doute, obtenu des informations plus précises quant à l'adaptation alimentaire proposée aux patients présentant des troubles de la déglutition.

- Pour quels types de patients ?

Pour 60% des infirmières, les repas sont adaptés pour les patients souffrant de problème de mastication, de fausses routes et de problèmes de dentition.

Pour les 40% restants, les menus sont adaptés dans le cas où les patients doivent suivre un régime médicalement prescrit : diabétique, sans sel, ou hypocalorique.

Les aides soignantes répondent que la majorité des menus sont adaptés en fonction des régimes prescrits médicalement.

Les agents de service hospitalier répondent que les menus sont, principalement, adaptés lorsque les patients présentent une perte de poids importante et des problèmes de dentition.

La majorité du personnel soignant évoque l'adaptation des menus en cas de régime médicalement prescrit car toute modification alimentaire est soumise à une prescription médicale. Par conséquent, il ne nous est pas possible d'extraire une information précise sur les connaissances du personnel quant à l'efficacité d'une adaptation alimentaire pour pallier les troubles dysphagiques.

- **Sous quelle forme les liquides sont-ils proposés aux patients ?**

100% du personnel soignant répondent qu'ils proposent sur le plan des liquides : de l'eau, de l'eau gélifiée, de l'eau gazeuse.

A 40%, le personnel soignant propose également de la bière non alcoolisée, du café, du thé et, à 60%, le même personnel évoque les poudres épaississantes.

Les réponses à cette question nous permettent de supposer que toutes les institutions disposent, plus ou moins, de moyens identiques pour adapter l'alimentation liquide.

- **Sous quelle forme l'alimentation est-elle proposée sur le plan des solides ?**

100% du personnel soignant répondent que les institutions proposent sur le plan des solides, une alimentation : normale, semi-hachée, hachée, mixée, onctueuse, liquide avec, dans certains cas, l'ajout de compléments alimentaires. *Comme pour la question précédente, les réponses à cette question nous permettent de supposer que les institutions ont toutes, plus ou moins, recours aux mêmes moyens pour adapter l'alimentation solide.*

Question 4 : Rencontrez-vous des difficultés particulières avec les patients atteints de démence de type Alzheimer concernant les troubles de la déglutition ?

TAB 7 : Réponses du personnel soignant à la question 4.

	Infirmières		Aides soignantes		Agents de service hospitalier	
	Nombre /10	Pourcentage %	Nombre /10	Pourcentage %	Nombre /10	Pourcentage %
Rencontrent des difficultés particulières avec les malades « Alzheimer » concernant les troubles dysphagiques	5	50	4	40	4	40
Ne rencontrent pas de difficultés particulières avec les malades « Alzheimer » concernant les troubles dysphagiques	3	30	6	60	5	50
Pas de réponse	2	20	0	0	1	10

- Quelles sont ces difficultés ?

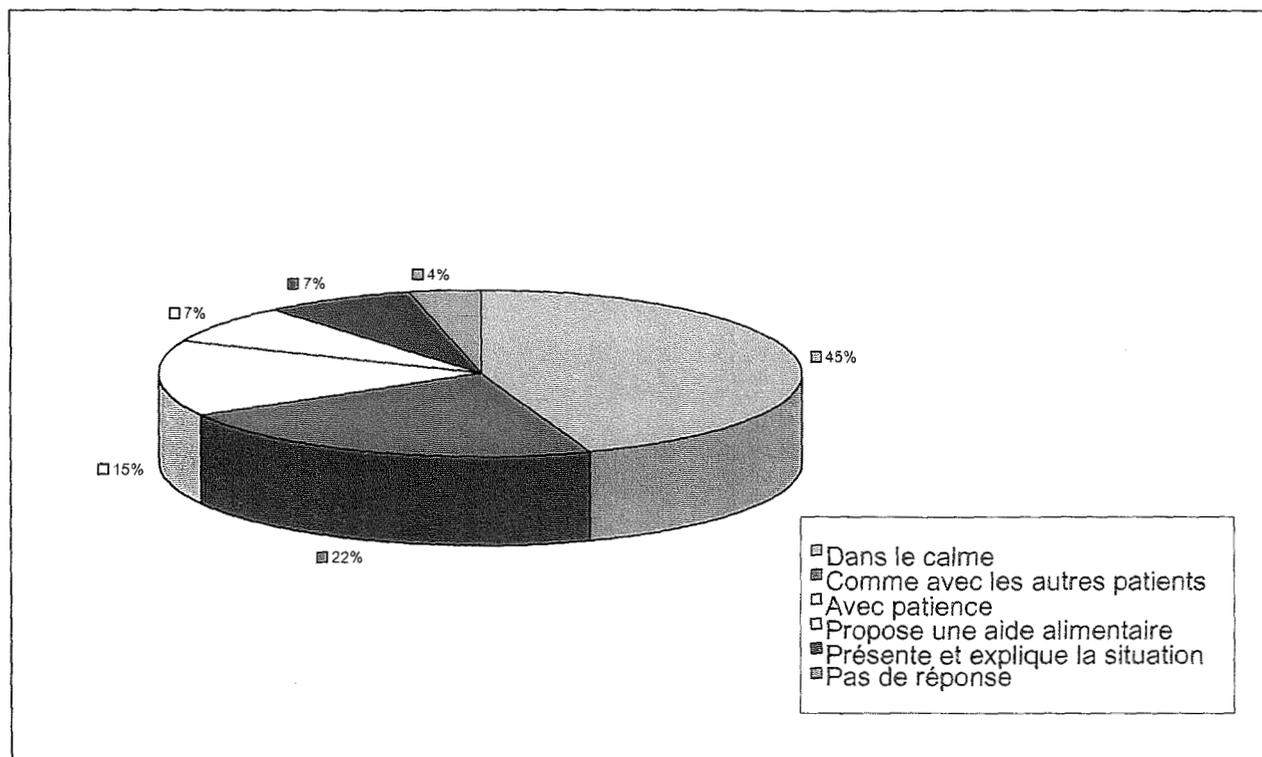
TAB 8 : Réponses du personnel soignant à la sous-question de la question 4.

Difficultés	Infirmières	Aides soignantes	Agents de service hospitalier
Les fausses routes	+	+	+
Les troubles du comportement, l'agitation	+		+
Le fait que ces patients mangent vite		+	
Les difficultés pour avaler		+	
Les patients gardent les aliments en bouche			+
Les problèmes de mastication			+
Les aspirations			+

Le terme « aspirations » n'a pas été défini. Nous supposons qu'il est à comprendre au sens d'inhalation et est donc à rapprocher du terme « fausses routes » qui a été évoqué dans certaines réponses.

Question 5 : Comment abordez-vous les repas avec un patient «Alzheimer» ?

FIG 9: Façons dont le personnel soignant aborde les repas avec un patient «Alzheimer».



La majorité du personnel soignant (45%) répond à cette question en expliquant qu'ils abordent les repas dans un calme relatif avec un patient «Alzheimer». *Nous supposons que ce pourcentage est lié au fait que les personnes présentant une démence de type Alzheimer auraient besoin de silence et de concentration au moment des repas car il leur est difficile de gérer une double tâche : suivre une conversation et s'alimenter.*

III. L'ANALYSE DES REPONSES RELATIVES AUX CONNAISSANCES DU PERSONNEL SOIGNANT

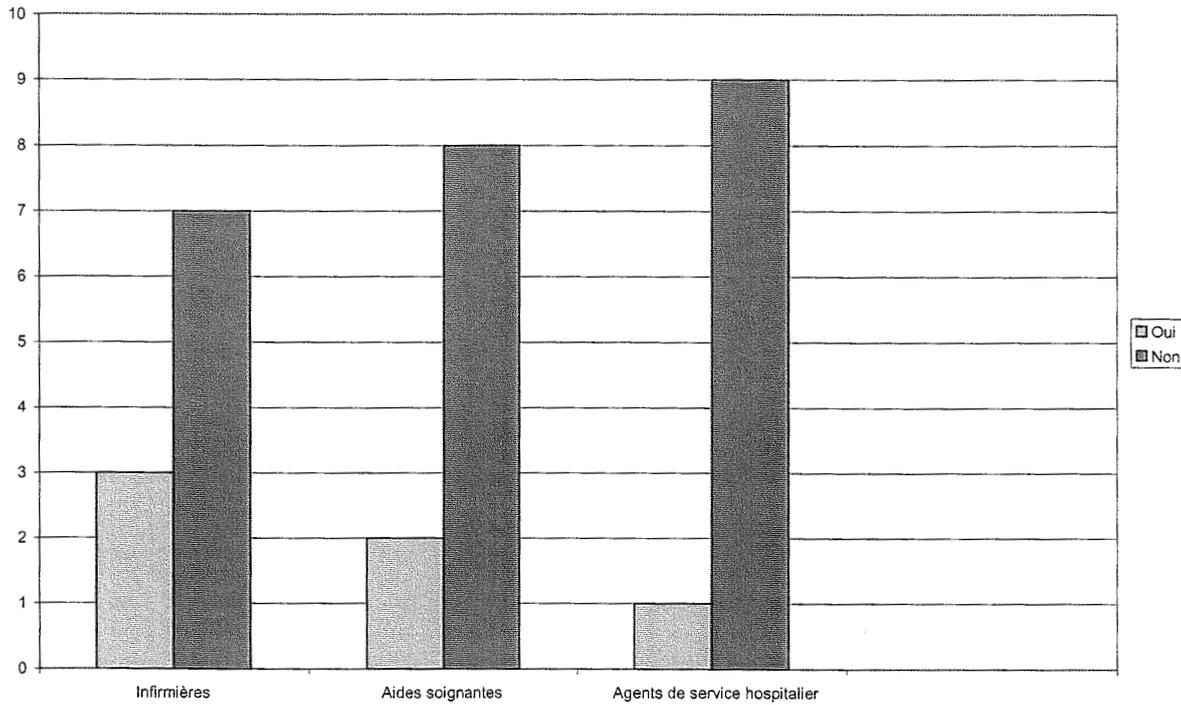
1. Volet I concernant le personnel soignant

Question 5 : Avez-vous déjà suivi une formation sur la déglutition ?

TAB 9 : Réponses du personnel soignant à la question 5.

	Infirmières		Aides soignantes		Agents de service hospitalier	
	Nombre /10	Pourcentage %	Nombre /10	Pourcentage %	Nombre /10	Pourcentage %
Ont déjà suivi une formation sur la déglutition	3	30	2	20	1	10
N'ont pas suivi de formation sur la déglutition	7	70	8	80	9	90

FIG 10 : Formation du personnel soignant sur la déglutition.



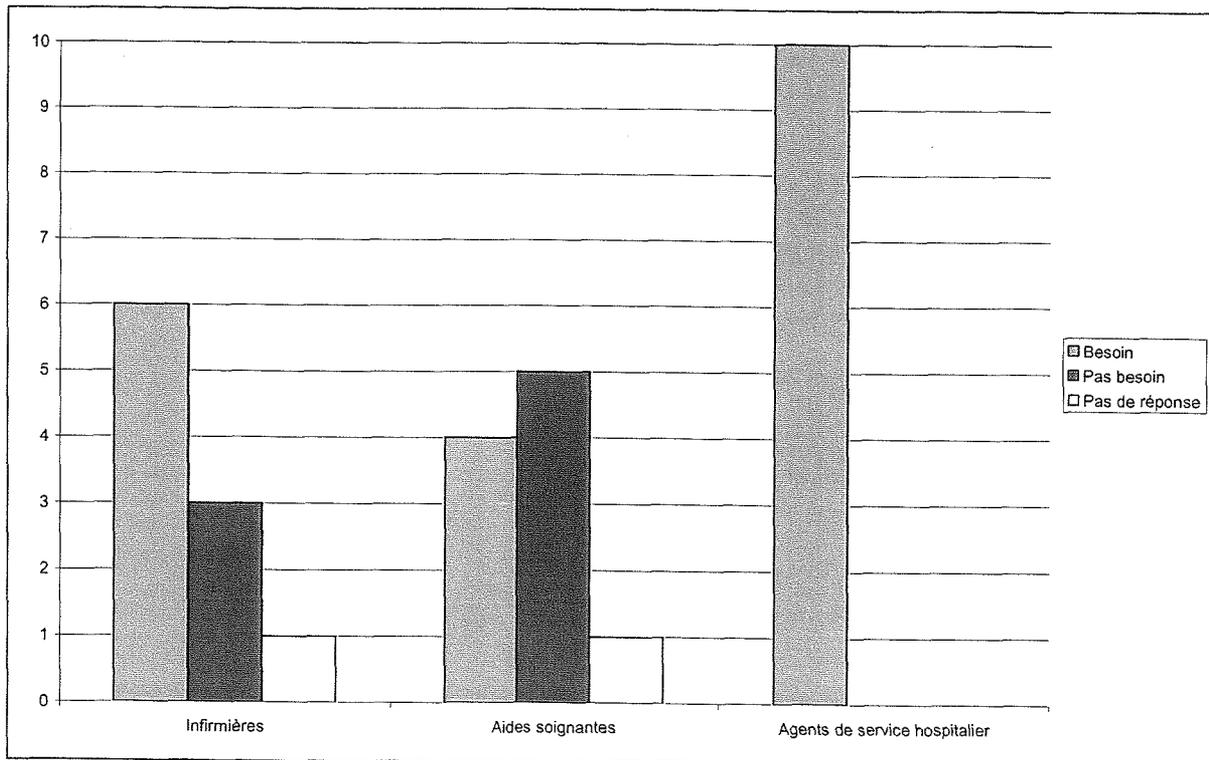
Nous avançons l'hypothèse que, selon leur ancienneté, les personnes interrogées n'ont pas toutes, pu bénéficier d'une formation sur la déglutition ou alors qu'elles ne considèrent pas l'information sur la déglutition, qui leur a été proposée au cours de leurs études comme suffisante.

Question 7 : En éprouvez-vous le besoin ?

TAB 10 : Réponses du personnel soignant à la question 7.

	Infirmières		Aides soignantes		Agents de service hospitalier	
	Nombre /10	Pourcentage %	Nombre /10	Pourcentage %	Nombre /10	Pourcentage %
Besoin d'une formation sur la déglutition	6	60	4	40	10	100
Pas besoin d'une formation sur la déglutition	3	30	5	50	0	0
Pas de réponse	1	10	1	10	0	0

FIG 11 : Réponses du personnel soignant sur le besoin d'une formation sur la déglutition.



La majorité du personnel soignant éprouve le besoin d'une formation sur la déglutition et, pour la même raison que nous avons évoquée précédemment, nous avançons l'hypothèse que ces résultats sont dus au fait que si les études suivies par le personnel soignant comportaient une information sur la déglutition, celle-ci a été, sans doute, jugée insuffisante par les personnes interviewées. Nous supposons également que ce besoin de formation peut s'expliquer par le fait que le personnel soignant serait davantage confronté à des personnes dysphagiques ou plus sensibilisé aux troubles de la déglutition.

2. Volet IV sur la déglutition

Question 1 : Avez-vous remarqué si la température des aliments influence le mécanisme de la déglutition ?

TAB 11 : Réponses du personnel soignant à la question 1.

	Infirmières		Aides soignantes		Agents de service hospitalier	
	Nombre /10	Pourcentage %	Nombre /10	Pourcentage %	Nombre /10	Pourcentage %
La température influence le mécanisme de la déglutition	7	70	5	50	4	40
La température n'influence pas le mécanisme de la déglutition	3	30	5	50	6	60

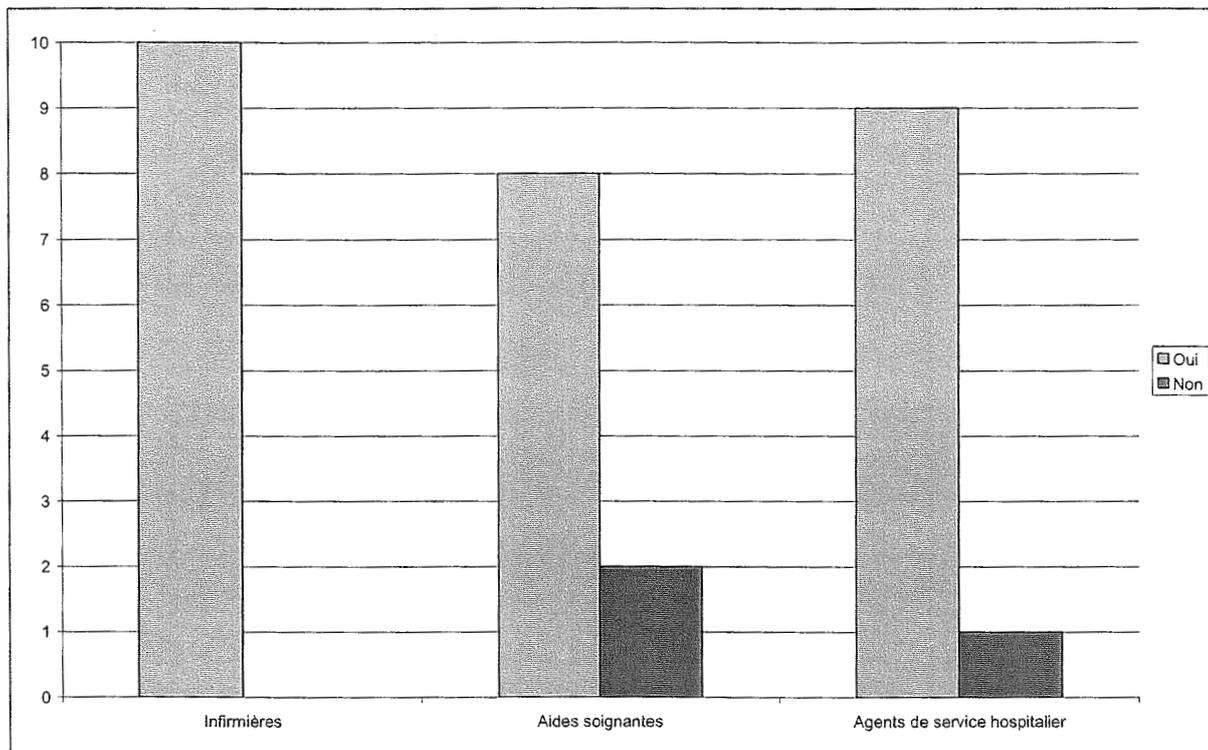
Le pourcentage de réponses positives est plus élevé chez les infirmières car nous supposons qu'elles sont les mieux informées sur la déglutition et les phénomènes qui peuvent la provoquer en raison du contenu de leurs études et de leur responsabilité au sein du service.

Question 2 : Avez-vous déjà été confronté(e) à un patient qui refuse de s'alimenter ?

TAB 12 : Réponses du personnel soignant à la question 2.

	Infirmières		Aides soignantes		Agents de service hospitalier	
	Nombre /10	Pourcentage %	Nombre /10	Pourcentage %	Nombre /10	Pourcentage %
Déjà confrontées à un refus d'alimentation	10	100	8	80	9	90
Jamais confrontées à un refus d'alimentation	0	0	2	20	1	10

FIG 12 : Confrontation avec un patient qui refuse de s'alimenter.



La majorité du personnel soignant a déjà été confrontée à un patient, sans pathologie précise, qui refuse de s'alimenter et nous supposons que ces réponses sont dues au fait que la dysphagie peut être source d'angoisse et de douleur. Par conséquent, un patient ne bénéficiant pas d'une prise en charge suffisamment adaptée à son trouble de déglutition, peut refuser de s'alimenter.

- Comment avez-vous réagi ?

TAB 13 : Réponses du personnel soignant à la sous-question de la question 2.

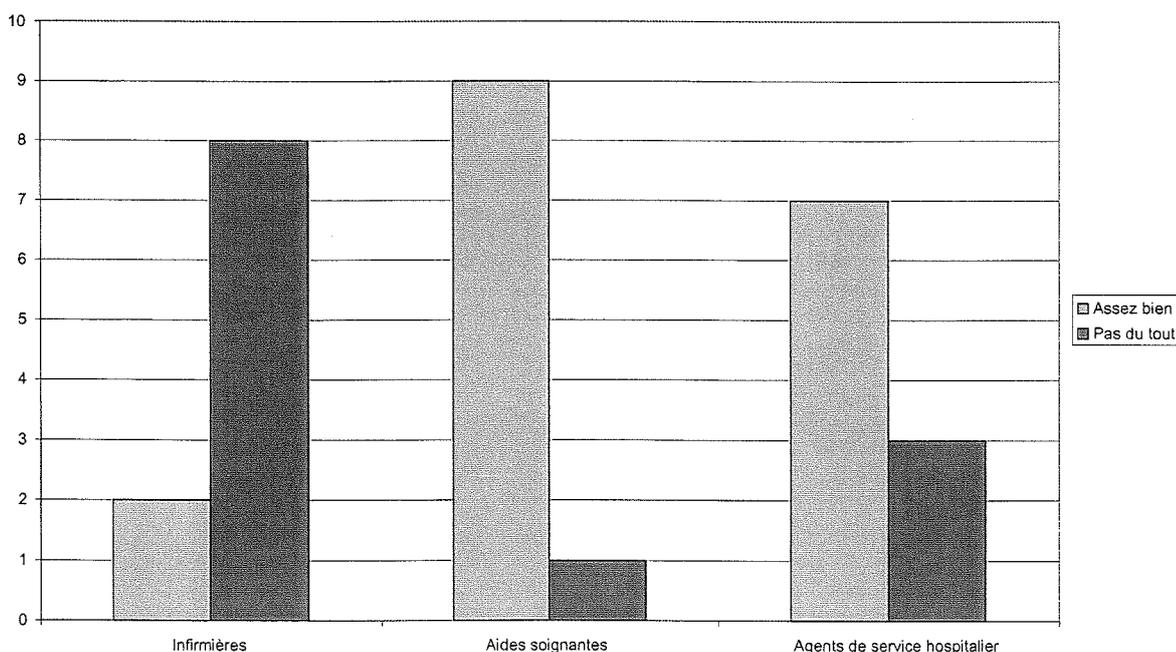
Réactions	Infirmières	Aides soignantes	Agents de service hospitalier
Proposer d'autres aliments	+	+	
Proposer des compléments alimentaires	+	+	
Accepter le refus	+		
Surveiller la courbe de poids		+	+
Adapter les aliments			+
Faire plusieurs essais			+

Question 4 : Connaissez-vous les phases de la déglutition ?

TAB 14 : Réponses du personnel soignant à la question 4.

	Infirmières		Aides soignantes		Agents de service hospitalier	
	Nombre /10	Pourcentage %	Nombre /10	Pourcentage %	Nombre /10	Pourcentage %
Connaissent assez bien les phases de la déglutition	2	20	9	90	7	70
Ne connaissent pas du tout les phases de la déglutition	8	80	1	10	3	30

FIG 13 : Connaissance du personnel soignant sur la déglutition



90% des aides soignantes et 70% des agents de service hospitalier affirment connaître assez bien les phases de la déglutition. *Nous nous interrogeons sur ces résultats du fait de leur réponse à la question III/5 à laquelle ils avaient répondu, majoritairement, ne pas avoir suivi de formation sur le déglutition.*

- Pourriez-vous les décrire ?

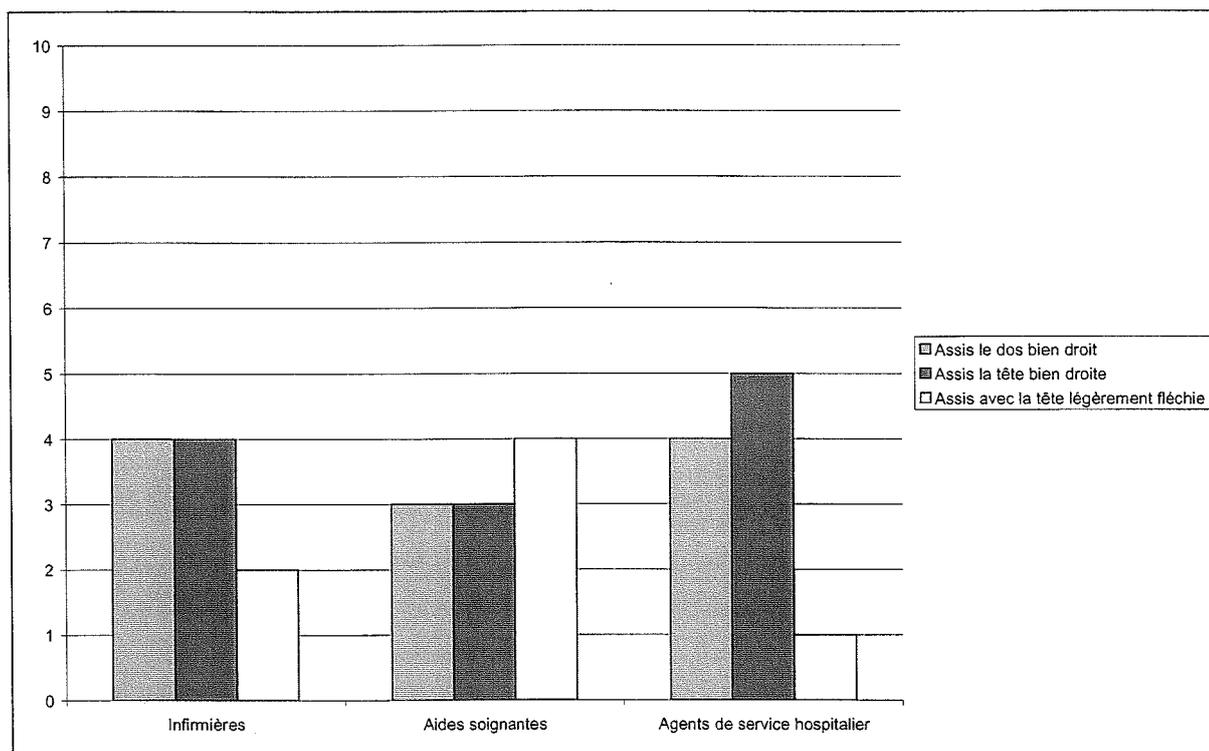
La majorité du personnel soignant limite les phases de la déglutition à la mise en bouche et à la mastication. *Les réponses obtenues à cette question ne sont pas celles que nous attendions au vu du pourcentage de personnes ayant affirmé connaître assez bien les phases de la déglutition. Cependant, ces résultats confirment le besoin de formation sur la déglutition exprimé par le personnel soignant à la question III/7.*

Question 5 : Quelle est, selon vous, la position idéale pour une bonne déglutition ?

TAB 14 : Réponses du personnel soignant à la question 5.

Réponses formulées par le personnel soignant	Infirmières		Aides soignantes		Agents de service hospitalier	
	Nombre /10	Pourcentage %	Nombre /10	Pourcentage %	Nombre /10	Pourcentage %
Assis avec le dos bien droit	4	40	3	30	4	40
Assis avec la tête bien droite	4	40	3	30	5	50
Assis bien droit avec la tête légèrement en avant	2	20	4	40	1	10

FIG 14 : La position idéale pour le personnel soignant.



Les réponses obtenues à cette question montrent que la majorité du personnel soignant a une bonne connaissance de la position du dos et que les aides soignantes sont plus nombreuses (40%) à installer le patient en lui demandant un léger fléchissement de la tête, permettant la protection laryngée, lorsque ce dernier s'alimente. *Compte tenu des réponses formulées à la question II/7, nous nous interrogeons sur le fait que le personnel soignant ait conscience de demander au patient de fléchir la tête dans le but de protéger ses voies respiratoires.*

Question 6 : A quels signes cliniques vous rendez-vous compte qu'un patient a des difficultés pour déglutir ?

TAB 15 : Réponses du personnel soignant à la question 6.

Réponses formulées par le personnel soignant	Infirmières		Aides soignantes		Agents de service hospitalier	
	Nombre /10	Pourcentage %	Nombre /10	Pourcentage %	Nombre /10	Pourcentage %
Le patient tousse	3	30	3	30	6	60
Le patient garde les aliments en bouche	5	50	3	30	0	0
Pas de signes cliniques précis	2	20	4	40	4	40

FIG 15 : Signes de reconnaissance des difficultés de déglutition par les infirmières.

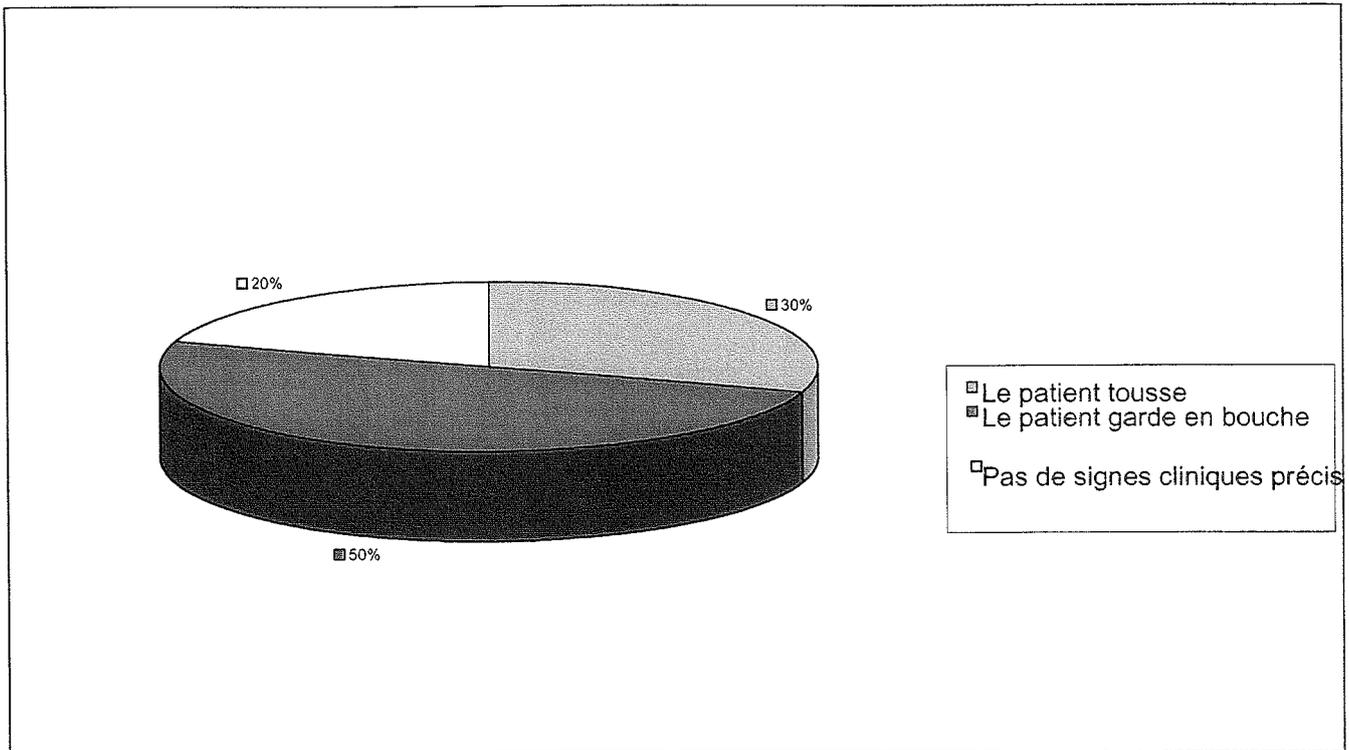


FIG 16 : Signes de reconnaissance des difficultés de déglutition par les aides soignantes.

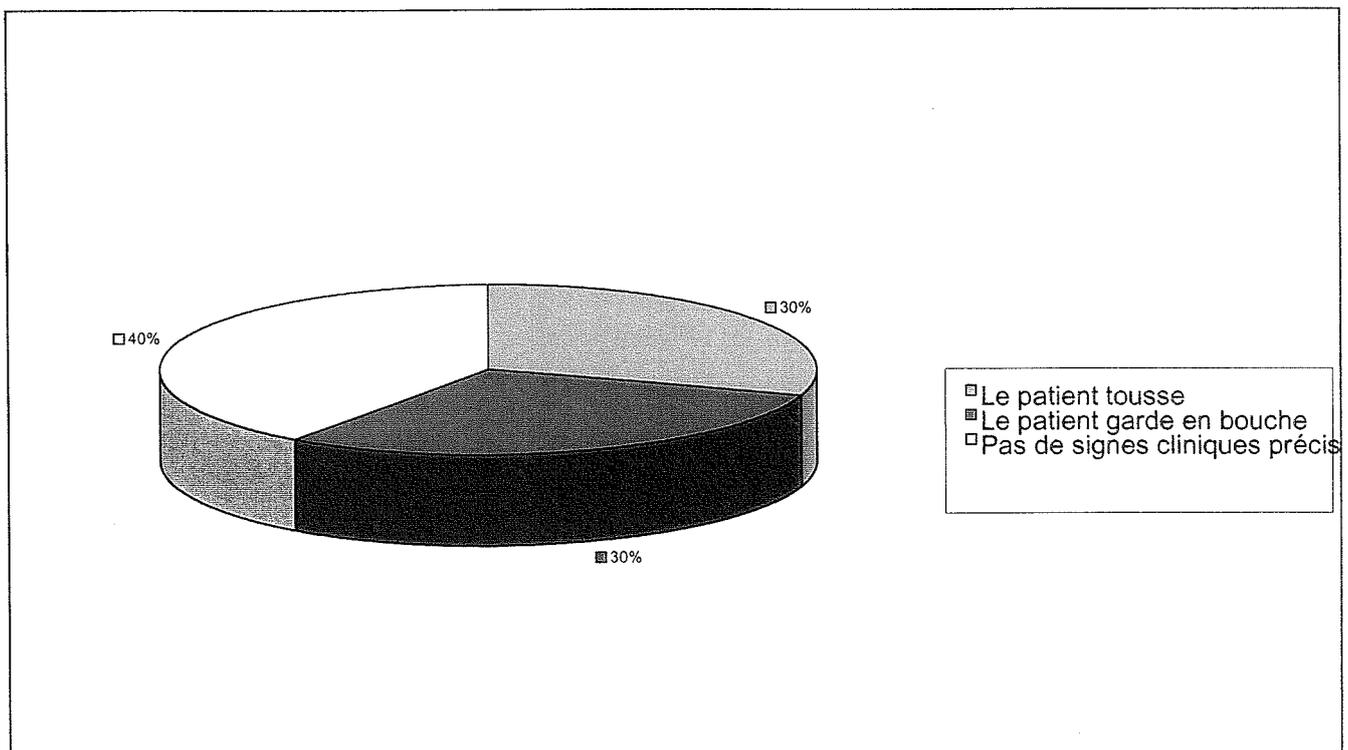
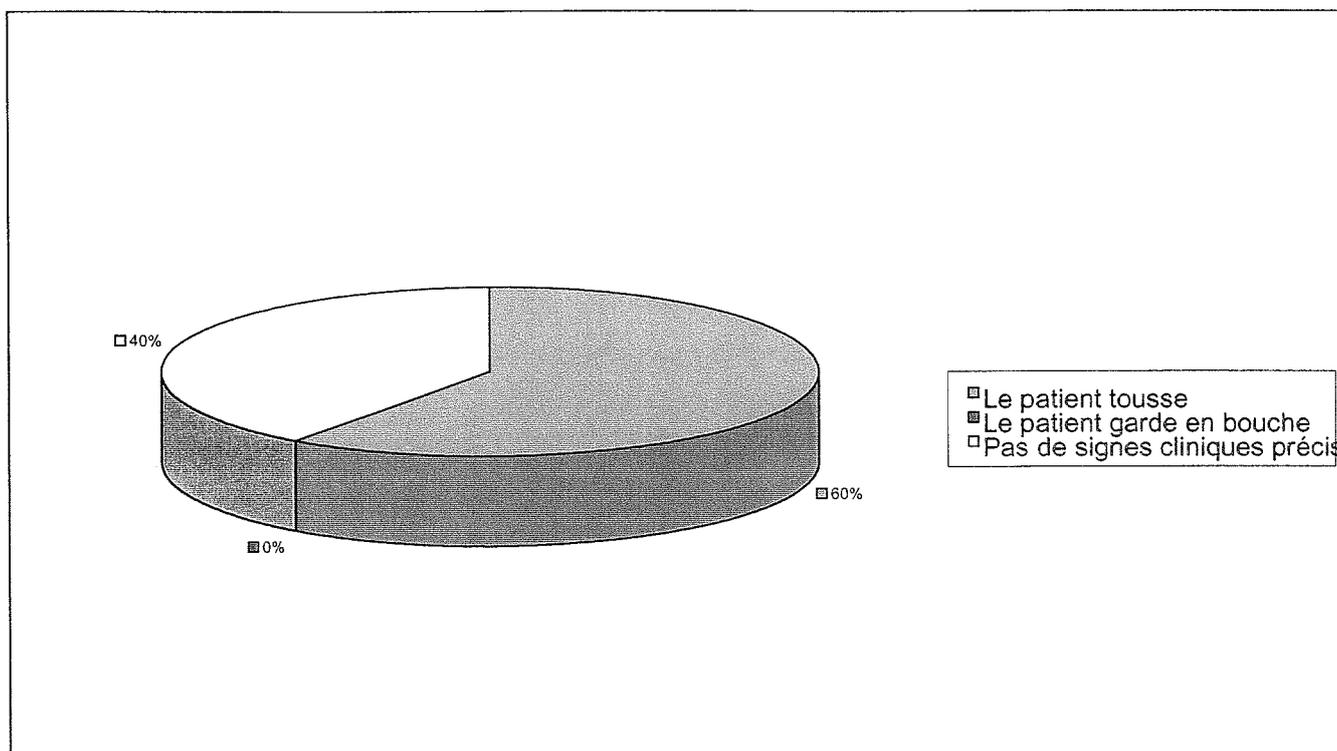


FIG 17 : Signes de reconnaissance des difficultés de déglutition par les agents de service hospitalier.



Etant donné le pourcentage élevé de réponses « pas de signes cliniques précis » à cette question et les réponses formulées à la sous-question II/4, nous nous interrogeons sur le lien que les infirmières, les aides soignantes et les agents de service hospitalier établissent entre les difficultés qu'elles rencontrent avec un patient «Alzheimer» au moment des repas et les signes évoquant des troubles de la déglutition.

- Comment réagissez-vous dans ce cas ?

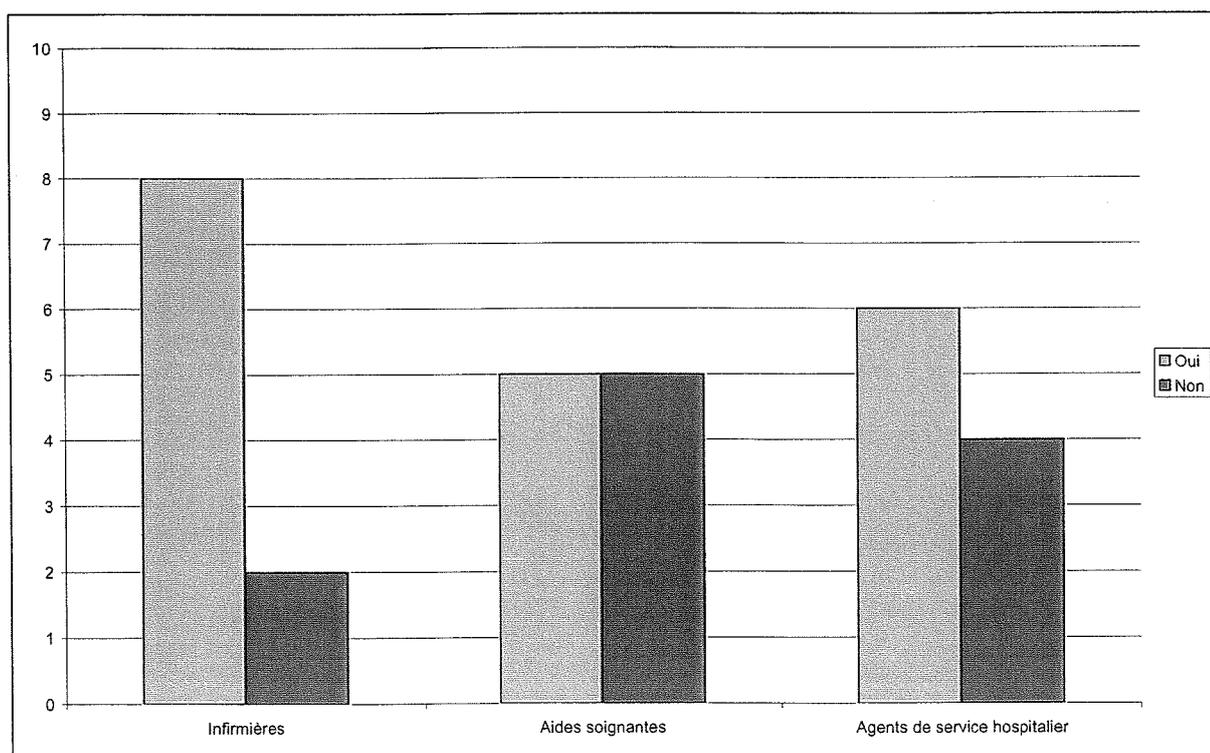
D'après les réponses obtenues, les infirmières font cracher le patient pour sortir les aliments de sa bouche et les aides soignantes et les agents de service hospitalier font appel à l'infirmière.

Question 7 : Savez-vous qu'il existe des fausses routes non toussées ?

TAB 16 : Réponses du personnel soignant à la question 7.

	Infirmières		Aides soignantes		Agents de service hospitalier	
	Nombre /10	Pourcentage %	Nombre /10	Pourcentage %	Nombre /10	Pourcentage %
Connaissent les fausses routes non toussées	8	80	5	50	6	60
Ne connaissent pas les fausses routes non toussées	2	20	5	50	4	40

FIG 18 : Connaissance du personnel soignant sur les fausses routes non toussées.



La majorité du personnel soignant déclare avoir connaissance de l'existence des fausses routes non toussées.

- **A quels signes cliniques les reconnaissez-vous ?**

Le pourcentage de réponses à cette sous-question est faible, environ 30% du personnel a répondu et parmi ces réponses, l'encombrement bronchique est évoqué le plus souvent.

D'après ces résultats, nous supposons que le personnel soignant est informé sur le fait que les patients peuvent faire des fausses routes non toussées mais que seulement 30% de ces personnes sont en mesure d'évoquer le signe clinique permettant d'identifier ce trouble.

Question 8 : Connaissez-vous les raisons possibles d'un trouble de la déglutition ?

TAB 17 : Réponses du personnel soignant à la question 8.

	Infirmières		Aides soignantes		Agents de service hospitalier	
	Nombre /10	Pourcentage %	Nombre /10	Pourcentage %	Nombre /10	Pourcentage %
Connaissent les raisons d'un trouble de la déglutition	6	60	6	60	10	100
Ne connaissent pas les raisons d'un trouble de la déglutition	4	40	1	10	0	0
Pas de réponse	0	0	0	0	0	0

- Lesquelles ?

TAB 18 : Réponses du personnel soignant à la sous-question de la question 8.

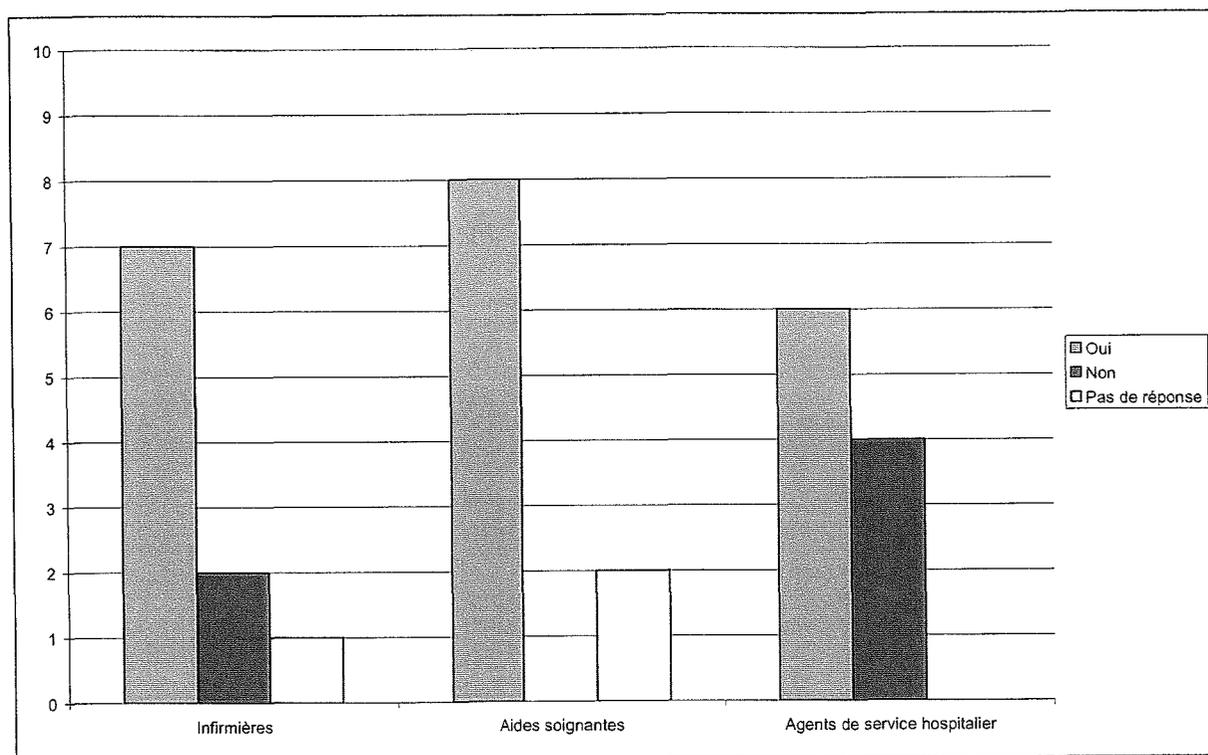
Causes	Infirmières	Aides soignantes	Agents de service hospitalier
Accident vasculaire cérébral	+		
Désorientation	+		
Rétrécissement de la trachée		+	
Syndrome démentiel			+

Question 9 : Connaissez-vous les conséquences de ce trouble ?

TAB 19 : Réponses du personnel soignant à la question 9.

	Infirmières		Aides soignantes		Agents de service hospitalier	
	Nombre	Pourcentage	Nombre	Pourcentage	Nombre	Pourcentage
	/10	%	/10	%	/10	%
Connaissent les conséquences d'un trouble de la déglutition	7	70	8	80	6	60
Ne connaissent pas les conséquences d'un trouble de la déglutition	2	20	0	0	4	40
Pas de réponse	1	10	2	20	0	0

FIG 19 : Connaissance du personnel soignant sur les conséquences d'un trouble de la déglutition.



- Pourriez-vous en citer ?

TAB 20 : Réponses du personnel soignant sur les conséquences d'un trouble de la déglutition.

Conséquences	Infirmières	Aides soignantes	Agents de service hospitalier
Fausses routes	+	+	
Encombrement bronchique	+	+	+
Paralysie faciale	+		+
Dénutrition	+	+	
Déshydratation	+		
Perte de poids			+
Sonde naso-gastrique			+

D'après les réponses à cette question, nous posons l'hypothèse que le personnel soignant a conscience des conséquences possibles d'un trouble de la déglutition. Nous nous demandons, cependant, pour quelle raison la paralysie faciale est évoquée à cette question et non pas à la question précédente qui concerne les raisons possibles d'un trouble de la déglutition.

IV. ANALYSE DES QUESTIONS SUR LE RESENTI DU PERSONNEL SOIGNANT FACE A DÉMENCE DE TYPE ALZHEIMER (volet V)

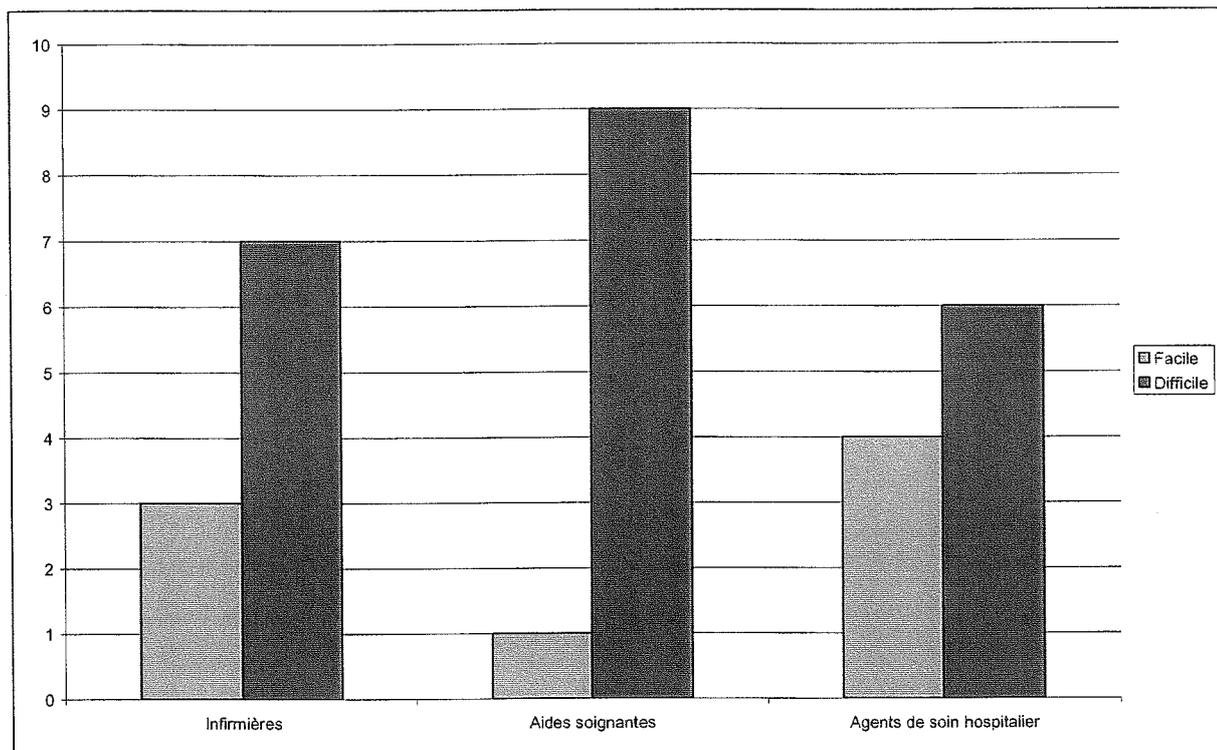
Ces questions concernent le volet V du questionnaire et ont été traitées comme précédemment, c'est-à-dire que nous distinguerons les réponses faites par les infirmières, les aides soignantes et les agents de service hospitalier.

Question 1 : Est-il difficile de communiquer avec un patient «Alzheimer» ?

TAB 20 : Réponses du personnel soignant à la question 1.

	Infirmières		Aides soignantes		Agents de service hospitalier	
	Nombre /10	Pourcentage %	Nombre /10	Pourcentage %	Nombre /10	Pourcentage %
La communication est facile avec un patient « Alzheimer »	3	30	1	10	4	40
La communication est difficile avec un patient « Alzheimer »	7	70	9	90	6	60

FIG 20 : Réponses du personnel soignant.



Pour la majorité (73%) du personnel soignant, la communication avec un patient atteint de démence de type Alzheimer est difficile.

- Pourquoi ?

TAB 21 : Réponses du personnel soignant à la sous-question de la question 1.

Difficultés	Infirmières	Aides soignantes	Agents de service hospitalier
Entrée tardive en institution	+		+
Amnésie	+		
Désorientation	+	+	
Difficultés de compréhension	+	+	+
Manque d'échanges		+	
Agitation			+

D'après les réponses recueillies à cette sous-question, nous observons que le trouble de compréhension que présentent les malades Alzheimer est signalé par les trois catégories du personnel soignant. *Nous avançons l'hypothèse que les difficultés de compréhension associées aux troubles mnésiques liés au processus de la maladie d'Alzheimer sont source d'obstacles lorsqu'il s'agit d'expliquer des soins ou des situations à ces patients car les symptômes peuvent varier d'un instant à l'autre. En effet, il est possible, par exemple, qu'au moment du déjeuner un patient «Alzheimer» soit capable de s'alimenter seul mais, qu'au dîner, ce même patient se trouve en difficulté, par exemple, pour reconnaître ou manipuler ses couverts en raison des troubles de la vigilance liés à cette démence.*

Question 2 : Est-ce que vous rencontrez davantage de difficultés avec un patient « Alzheimer » qu'avec d'autres patients ?

TAB 22 : Réponses du personnel soignant à la question 2.

	Infirmières		Aides soignantes		Agents de service hospitalier	
	Nombre /10	Pourcentage %	Nombre /10	Pourcentage %	Nombre /10	Pourcentage %
Rencontrent plus de difficultés avec un patient «Alzheimer»	6	60	4	40	3	30
Ne rencontrent pas plus de difficultés avec un patient «Alzheimer»	4	40	5	50	6	60
Pas de réponse	0	0	1	10	1	10

- Lesquelles ?

Difficultés formulées par le personnel soignant	Infirmières	Aides soignantes	Agents de service hospitalier
Désorientation	+		
Agressivité	+		
Démence	+		
Problème de communication		+	
Problème de compréhension			+

Etant donné les réponses obtenues à cette sous-question et celles recueillies à la question II/4 où le personnel soignant affirme, majoritairement, rencontrer des difficultés particulières avec les patients « Alzheimer » concernant les troubles dysphagiques, nous nous interrogeons sur le pourcentage des réponses du personnel soignant déclarant ne pas rencontrer davantage de difficultés avec les malades « Alzheimer ». Par conséquent, nous posons l'hypothèse que les aides soignantes et les agents de soin ne disposent pas de connaissances suffisantes sur la démence de type Alzheimer pour mettre en rapport les difficultés qu'elles peuvent observer chez ces patients avec le tableau clinique de la démence qu'ils présentent. En outre, nous supposons que l'absence de corrélation entre les deux questions évoquées peut également s'expliquer par le fait que le personnel soignant a mis en place des stratégies et a su de lui-même s'adapter aux difficultés.

Question 3 : Est-ce que les repas se passent plus difficilement avec un patient «Alzheimer» ?

TAB 23 : Réponses du personnel soignant à la question 3.

	Infirmières		Aides soignantes		Agents de service hospitalier	
	Nombre /10	Pourcentage %	Nombre /10	Pourcentage %	Nombre /10	Pourcentage %
Rencontrent plus de difficultés avec un patient «Alzheimer» lors des repas	5	50	3	30	4	40
Ne rencontrent pas plus de difficultés avec un patient «Alzheimer» lors des repas	5	50	7	70	6	60

Le personnel soignant déclare, majoritairement, ne pas rencontrer davantage de difficultés particulières avec un patient «Alzheimer» au moment des repas qu'avec d'autres patients, alors qu'à la question II/4, la majorité de ce même personnel avait répondu observer des difficultés particulières avec ces patients concernant les troubles de la déglutition. Nous pouvons, donc, nous interroger sur le pourcentage élevé obtenu à cette question du fait de l'absence de corrélation entre les réponses à ces deux questions.

- Pourquoi ?

Seules les personnes ayant répondu de façon affirmative à la question ci-dessus ont répondu à cette sous-question.

TAB 24 : Réponses du personnel soignant à la sous-question de la question 3.

Causes	Infirmières	Aides soignantes	Agents de service hospitalier
Désorientation	+		
Déambulation	+		
Agressivité	+		+
Trouble de l'humeur		+	
Problème d'attention			+
Problème de compréhension			+

Les raisons évoquées par le personnel soignant, pour expliquer les difficultés rencontrées avec un patient atteint de démence de type Alzheimer, correspondent au tableau clinique de cette démence. *Par conséquent, nous renouvelons l'hypothèse que le personnel soignant dispose de certaines informations sur la maladie d'Alzheimer mais que ces dernières ne permettent pas toujours à l'équipe soignante de mettre en relation les difficultés rencontrées avec les répercussions possibles de cette démence sur certains comportements.*

Question 4 : Avez-vous déjà été confronté(é) à un patient atteint de démence de type Alzheimer qui refuse de s'alimenter ?

TAB 25 : Réponses du personnel soignant à la question 4.

	Infirmières		Aides soignantes		Agents de service hospitalier	
	Nombre /10	Pourcentage %	Nombre /10	Pourcentage %	Nombre /10	Pourcentage %
Ont déjà été confrontées à un patient «Alzheimer» qui refuse de s'alimenter	6	60	5	50	6	60
N'ont pas été confrontées à un patient «Alzheimer» qui refuse de s'alimenter	4	40	3	30	4	40
Pas de réponse	0	0	2	20	0	0

La majorité du personnel soignant a déjà été confrontée à un refus d'alimentation de la part d'un patient «Alzheimer» et nous avançons l'hypothèse que ce pourcentage s'explique par la dépression et/ou l'anorexie que la démence de type Alzheimer peut provoquer. En outre, comme nous l'avons supposé à la question III/2 évoquant le refus d'alimentation de la part d'un patient ayant une autre pathologie, nous pensons qu'un patient dysphagique ne bénéficiant pas d'une prise en charge adaptée, peut également refuser de s'alimenter.

- **Comment avez-vous réagi ?**

Seules les personnes ayant répondu de façon affirmative à la question ci-dessus ont répondu à cette sous-question.

TAB 26 : Réponses du personnel soignant à la sous-question de la question 4.

Réactions	Infirmières	Aides soignantes	Agents de service hospitalier
Vérifier une éventuelle cause organique	+		
Proposer des crèmes hyperprotéinées	+	+	+
Varier les aliments	+	+	
Fragmenter les repas		+	
Proposer des aliments sucrés		+	+
Rester calme			+

Quel que soit le statut de la personne interrogée, le personnel soignant a réagi en proposant des crèmes hyperprotéinées et nous supposons que c'est pour assurer les apports en protéines quotidiens des patients. De plus, nous nous posons la question qui n'a pas été abordée : comment le personnel soignant admet-il le refus de s'alimenter ?

Question 5 : Comment gérez-vous un patient « Alzheimer » qui déambule ?

100% du personnel soignant affirment laisser les patients déambuler tout en les surveillant pour ne pas que ces derniers se blessent ou tombent ou agressent d'autres patients.

Question 6 : A qui vous adressez-vous en cas de problèmes ?

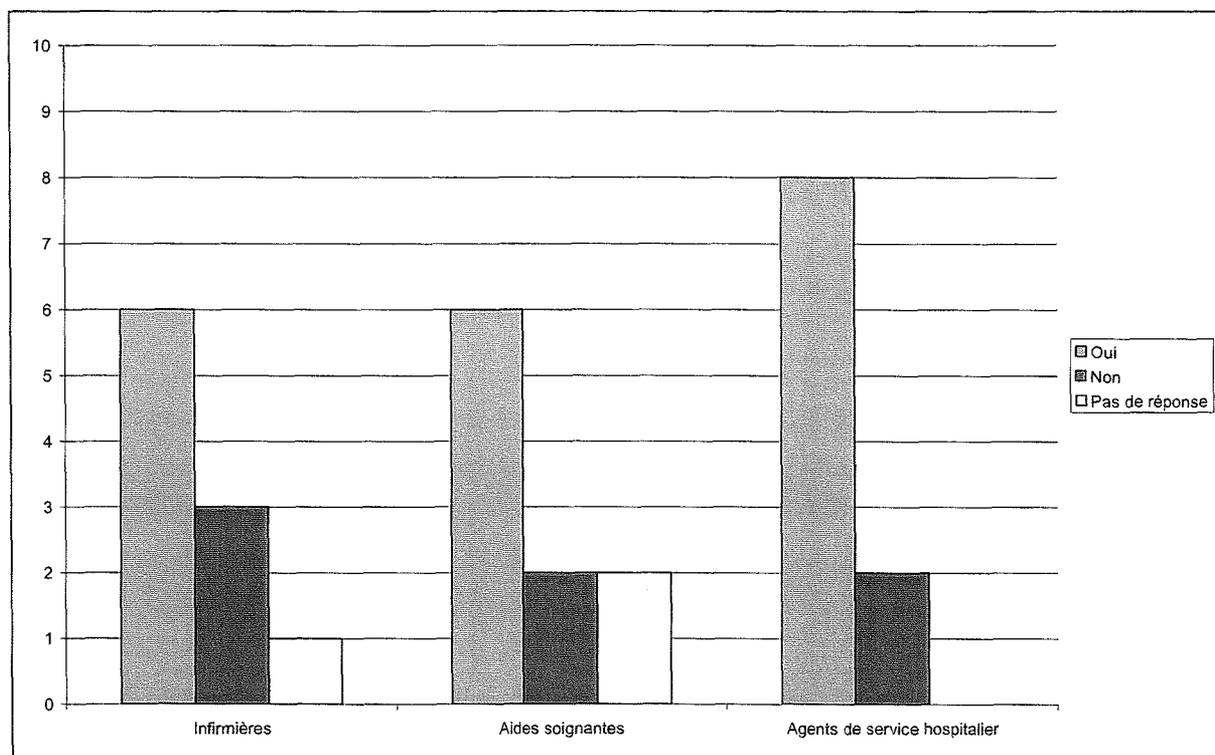
Les aides soignantes et les agents de service hospitalier s'adressent à l'infirmière en cas de problèmes et les infirmières se réfèrent aux décisions du médecin et/ou appelle le médecin de service en cas de difficultés particulières.

Question 7 : Trouvez-vous que la prise en charge des troubles de la déglutition est plus difficile avec des patients atteints de démence de type Alzheimer qu'avec des patients présentant d'autres pathologies ?

TAB 26 : Réponses du personnel soignant à la question 7.

	Infirmières		Aides soignantes		Agents de service hospitalier	
	Nombre /10	Pourcentage %	Nombre /10	Pourcentage %	Nombre /10	Pourcentage %
La prise en charge des troubles dysphagique est plus difficile avec un patient « Alzheimer »	3	30	6	60	8	80
La prise en charge des troubles dysphagique n'est pas plus difficile avec un patient « Alzheimer »	6	60	2	20	4	40
Pas de réponse	1	10	2	20	0	0

FIG 21 : Difficultés de la prise en charge des troubles dysphagiques chez un patient «Alzheimer».



Les personnes ayant répondu positivement à cette question ont expliqué les difficultés de cette prise en charge par des problèmes de désorientation et de compréhension.

La majorité des aides soignantes et des agents de service hospitalier trouve que la prise en charge des troubles dysphagiques est plus difficile avec les patients «Alzheimer» qu'avec d'autres patients alors que la majorité des infirmières a une opinion contraire. De plus, nous constatons que ces résultats ne corroborent pas les réponses recueillies à la question III/3. Par conséquent, nous nous interrogeons sur le pourcentage obtenu à cette question et nous posons l'hypothèse que, du fait de la complexité de la démence de type Alzheimer, le personnel soignant se trouve parfois en difficulté (ou en contradiction), d'une part, pour répondre à nos questions et, d'autre part, pour comprendre les troubles que les patients « Alzheimer » peuvent présenter et leur proposer une prise en charge adaptée.

Question 8 : Dans votre service, quel est le nombre de patients « Alzheimer » atteints de troubles de la déglutition par rapport à l'ensemble des patients souffrant de cette pathologie ?

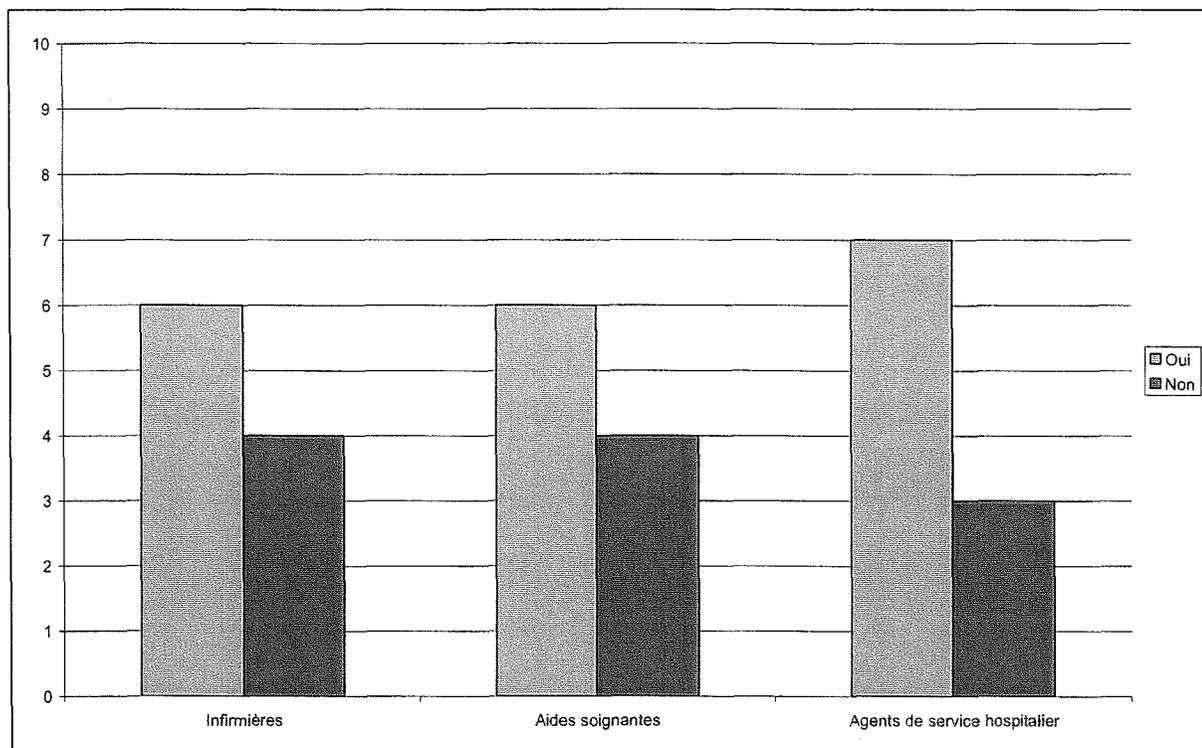
Trop peu de personnes ont répondu à cette question, c'est pourquoi nous n'avons pas pu exploiter ces résultats.

Question 9 : Est-ce que, d'après vous, la fréquence des troubles de la déglutition est plus élevée chez les patients atteints de démence de type Alzheimer que chez d'autres patients ?

TAB 26 : Réponses du personnel soignant à la question 9.

	Infirmières		Aides soignantes		Agents de service hospitalier	
	Nombre /10	Pourcentage %	Nombre /10	Pourcentage %	Nombre /10	Pourcentage %
La fréquence des troubles de la déglutition est plus élevée chez les patients «Alzheimer»	6	60	6	60	7	70
La fréquence des troubles de la déglutition n'est pas plus élevée chez les patients «Alzheimer»	4	40	4	40	3	30

FIG 22 : Fréquence des troubles dysphagiques plus élevée chez les malades « Alzheimer ».



Les personnes qui ont répondu, de façon affirmative, à cette question ont précisé que les troubles dysphagiques se rencontrent plus fréquemment au stade sévère de la démence de type Alzheimer. Si on tient compte des réponses obtenues à la question IV/3, nous pouvons nous interroger sur le fait que le personnel soignant affirme ne pas rencontrer davantage de difficultés avec un patient « Alzheimer » au moment des repas, alors qu'il est d'avis que la fréquence des troubles dysphagiques est plus élevée chez les patients « Alzheimer ».

IV. LA SYNTHÈSE GÉNÉRALE

Cette synthèse a pour but de proposer une vision globale des connaissances du personnel soignant sur les troubles de la déglutition chez les patients présentant une démence de type Alzheimer. Elle nous permet de mettre en évidence certains des grands axes d'information qui devront figurer dans notre brochure.

Dans un premier temps, nous établissons une synthèse des réponses recueillies sur l'organisation des institutions, puis nous évoquons les résultats obtenus aux questions portant sur les connaissances du personnel soignant quant aux troubles dysphagiques chez les malades « Alzheimer », et enfin, nous abordons le ressenti du personnel soignant face à ces patients.

1. Les réponses sur l'organisation des institutions.

Pour mener à bien notre enquête, nous avons dû nous rendre dans des établissements situés dans différentes villes et nous avons pu nous rendre compte que le fonctionnement de ces institutions était pratiquement le même. En effet, nous n'avons constaté aucune différence particulière sur le plan de l'organisation interne des ces institutions, ni sur le mode de préparation des repas et les moyens d'adaptation de ceux-ci. Nous avons également remarqué que l'installation du patient au moment des repas ne différait pas non plus d'un établissement à un autre, et que les seules différences mineures étaient liées aux possibilités et aux attentes des patients.

2. Les réponses relatives aux connaissances du personnel soignant sur les troubles de la déglutition chez les personnes présentant une démence de type Alzheimer.

A ce stade de notre enquête, nous nous sommes aperçue que, parmi les personnes interrogées, peu (et majoritairement les personnes formées depuis moins de cinq ans) avait pu bénéficier d'une formation sur la déglutition, mais que la majorité (excepté les aides soignantes) en éprouvait le besoin.

Le deuxième constat que nous pouvons formuler est que le personnel soignant dispose de connaissances générales sur la déglutition, mais que celles-ci ne sont pas toujours suffisamment précises pour permettre la reconnaissance des signes cliniques des troubles de la déglutition que peuvent présenter les malades Alzheimer et que, par conséquent, leur prise en charge connaît quelques limites.

C'est pourquoi, le personnel soignant peut se retrouver en difficulté face, par exemple, à un malade « Alzheimer » qui fait des fausses routes non toussées. En effet, d'après les réponses recueillies, le principal signe de fausses routes serait la toux.

De la même manière, nous avons pu constater que le personnel soignant avait conscience du rôle de la température des aliments mais que cet aspect n'est pas évoqué dans les moyens proposés aux patients pour faciliter le déclenchement de leur réflexe de déglutition.

3. Le ressenti du personnel soignant face à la démence de type Alzheimer.

Majoritairement, le personnel soignant affirme rencontrer des difficultés de communication avec les personnes ayant une démence de type Alzheimer essentiellement dues à l'agressivité et aux troubles de la compréhension que présentent ces patients.

En revanche, les personnes interrogées (à l'exception des infirmières) déclarent ne pas éprouver davantage de difficultés avec ces malades ni de difficultés particulières, avec eux, au moment des repas.

Cependant, la majorité du personnel soignant trouve que la prise en charge des troubles dysphagiques est plus complexe avec les malades « Alzheimer ». C'est pourquoi, nous pensons que l'équipe soignante a des connaissances générales sur cette démence, mais que cette dernière étant difficile à comprendre, il n'est pas évident pour le personnel soignant de faire le lien entre le tableau clinique de cette démence et celui des troubles dysphagiques.

4. Critiques du questionnaire

A ce stade de notre travail et suite au dépouillement des résultats, nous avons à présent assez de recul pour pouvoir émettre deux critiques majeures.

Nous sommes d'avis que certaines questions auraient dû être formulées de façon plus neutre : en effet, nous avons remarqué que le personnel soignant ne répondait pas toujours de façon objective.

D'autre part, nous sommes consciente que l'adjonction de quelques « questions filtres » aurait permis de réduire certains biais, propres à toute expérimentation. Ainsi, les résultats obtenus auraient, sans doute, été plus en adéquation avec la pratique professionnelle du personnel soignant interrogé.

Par ailleurs, les « question filtres » - et ceci nous l'avons remarqué au moment du traitement des résultats- sont plus difficiles à présenter sous forme de tableaux et de graphiques.

Cette synthèse générale montre que le personnel soignant dispose bien de connaissances théoriques générales sur la déglutition, sur les troubles dysphagiques et sur la démence de type Alzheimer, mais que ces informations ne sont pas suffisamment approfondies pour permettre aux infirmières, aux aides soignantes et aux agents de service hospitalier, de proposer des stratégies d'adaptation efficaces pour pallier les troubles dysphagiques que peuvent présenter les patients « Alzheimer ».

De plus, les moyens dont dispose le personnel soignant semblent insuffisants. En effet, lors de notre enquête, nous avons pu constater que le manque de matériel ou de temps ainsi que, par exemple, l'agencement de la salle à manger ne permettaient pas toujours de proposer des soins adaptés.

QUATRIEME PARTIE :

**STRUCTURE ET CARACTERISTIQUES DE LA
BROCHURE D'INFORMATION DESTINEE
AU PERSONNEL SOIGNANT**

D'après les réponses obtenues au cours de notre enquête, nous savons qu'un outil d'information sur les troubles dysphagiques chez les patients «Alzheimer» présenterait quelque utilité pour le personnel soignant. Dans cette quatrième et dernière partie, nous présentons, donc, les axes d'information, les caractéristiques et la structure de notre brochure.

I. LA PRESENTATION DES GRANDS AXES D'INFORMATION

Nous avons choisi de proposer une brochure d'information destinée au personnel soignant ayant en charge des patients présentant des troubles de la déglutition dans un contexte de démence de type Alzheimer car, au cours de notre enquête, nous nous sommes rendu compte que l'équipe soignante éprouvait le besoin d'un complément de connaissances sur ces troubles et sur les moyens possibles d'y pallier.

L'information doit être présentée de façon claire et aérée afin d'en faciliter la lecture.

Ce document doit, également, pouvoir être consultable à tout moment de la prise en charge d'un patient « Alzheimer » présentant des troubles de la déglutition. Par conséquent, il nous a paru important d'exposer, de manière succincte, ce que sont la démence de type Alzheimer, la déglutition et les troubles dysphagiques que cette démence peut provoquer ainsi que les moyens d'action que le personnel soignant peut mettre en place pour optimiser la prise en charge des patients « Alzheimer » présentant des troubles de la déglutition.

II. LA PRESENTATION DE LA BROCHURE D'INFORMATION

1. La forme

Nous avons choisi un format A5, couramment utilisé pour l'élaboration de brochures.

Elle comprend cinq parties facilement identifiables grâce à des icônes.

Nous avons également établi un sommaire et numéroté les pages afin que le personnel soignant ait facilement accès aux différents thèmes traités.

2. Les aspects généraux

◆ La première de couverture

Pour que le titre de la brochure présente notre sujet de mémoire et qu'il assure une fonction d'accroche, nous lui avons donné une forme interrogative et mis en couleur les mots clés.

◆ Le sommaire

Il annonce les différentes parties et quelques repères bibliographiques avec, chaque fois, une icône correspondante pour permettre au lecteur de se faire une première idée du contenu de notre brochure.

◆ Les repères bibliographiques

Nous avons jugé utile de proposer quelques titres pour permettre au personnel soignant d'approfondir, éventuellement, l'information proposée.

◆ La quatrième de couverture

Nous proposons une citation qui devrait laisser au lecteur une impression finale agréable.

3. Les caractéristiques

Nous avons retenu les caractéristiques suivantes.

- ◆ Le titre des chapitres est proposé sous forme de phrases interrogatives pour inciter davantage le personnel soignant à s'y reporter.

◆ Un icône signale chaque thème évoqué :

-  La démence de type Alzheimer.
A la suite des résultats obtenus au cours de notre enquête, nous avons choisi de rappeler la définition et le tableau clinique de la démence de type Alzheimer. Cela permet au personnel soignant de disposer des aspects essentiels de cette démence.

-  La déglutition.
En raison du nombre important de réponses du personnel soignant désirant avoir des informations complémentaires sur la déglutition, nous donnons une définition du mécanisme de la déglutition, nous en présentons les trois phases avec un schéma qui permet de mieux visualiser le trajet des aliments de la cavité buccale jusqu'à l'estomac.

-  La dysphagie chez les patients «Alzheimer».
Ce chapitre donne une définition de la dysphagie et, plus particulièrement, de la dysphagie oro-pharyngée (nous n'abordons pas la dysphagie oesophagienne car elle ne fait pas partie de notre champ d'investigation). Nous présentons également les signes cliniques liés au processus Alzheimer ainsi que les conséquences des troubles dysphagiques que peuvent présenter les patients «Alzheimer».

-  Les stratégies d'adaptation.
Cette partie est consacrée aux stratégies d'adaptation que le personnel soignant peut mettre en place pour pallier les troubles dysphagiques et favoriser le déclenchement du réflexe de déglutition chez les patients «Alzheimer».

-  Les repères bibliographiques.

- ◆ Pour chaque thème, le lecteur trouvera une brève définition et les aspects essentiels.

- ◆ Dans la mesure du possible, les informations sont illustrées afin de rendre la brochure plus agréable à lire.

CONCLUSION

Au cours de notre enquête, nous avons cherché à recenser les connaissances du personnel soignant sur les troubles de la déglutition chez les personnes présentant une démence de type Alzheimer dans le but de réaliser une brochure d'information à leur intention.

Dans cet objectif, après avoir présenté les aspects essentiels de la démence de type Alzheimer, de la déglutition et de la dysphagie, nous avons procédé à une enquête.

Pour ce faire, nous avons mené une enquête auprès de 10 infirmières, 10 aides soignantes et 10 agents de service hospitalier afin de nous rendre compte de leurs connaissances sur ce sujet et, leur éventuel besoin d'informations supplémentaires sur ces troubles.

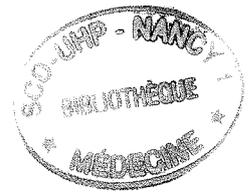
Nous avons donc recueilli, à partir d'objectifs préalablement définis, des réponses utiles pour déterminer les axes d'information qui devront figurer dans notre brochure.

Nous sommes consciente que notre sujet d'enquête n'est pas facile à cerner du fait de la variabilité des troubles de la démence de type Alzheimer et des similitudes entre les troubles liés à la presbyphagie et les troubles dysphagiques liés à cette démence.

Nous avons toutefois pu mettre en évidence le fait que le personnel soignant dispose de connaissances générales sur la déglutition, les troubles de la déglutition et la démence de type Alzheimer mais qu'il souhaiterait, majoritairement, avoir une formation plus approfondie sur ces sujets afin d'être à même de proposer une prise en charge plus adaptée.

De notre enquête, il ressort qu'une brochure d'information sur les troubles dysphagiques chez les malades « Alzheimer » serait non seulement utile mais aussi nécessaire.

En effet, au vu de l'évolution des pathologies, le champ de compétence de l'orthophonie s'élargit. Outre son rôle de rééducateur, l'orthophoniste assure, de plus en plus, un rôle d'informateur auprès des différents professionnels dans le but de proposer une prise en charge adaptée et efficace.





REPERES BIBLIOGRAPHIQUES

OUVRAGES

- PEYRONNET M., Dr DERVAUX J-L., *La maladie d'Alzheimer: Prévention et traitements naturel*,
St- Jean- De- Braye : Dangles, 2004.
- MAURIN N., *Rééducation de la déglutition et des autres fonctions buccales dans le cadre des malpositions dentaires*,
Isbergues : Ortho Edition, 1988.
- SELMES J., DEROUESNE C., *La maladie d'Alzheimer au jour le jour*,
Montrouge : John Libbey Eurotext, 2004.
- ROUSSEAU T. et coll., *Les Approches Thérapeutiques en Orthophonie*,
Isbergues : Ortho Edition, 2005.
- BONS N., *Les lésions de la maladie d' Alzheimer*,
Montpellier : Faculté des sciences, 2004.
- SELLAL F., KRUCZEK E., *Maladie d'Alzheimer*,
Paris : Doin, 2001.
- COT F. et coll., *La dysphagie oro-pharyngée chez l'adulte*,
Paris : Maloine, 1996.
- PUECH M., WOISARD V., *Neuropsychologie clinique des démences : Evaluation et prise en charge*, (sous la direction de EUSTACHE F et AGNIEL A.),
Paris : Edition Solal, 1995.
- HABIB M., JOANETTE Y., PUEL M., *Démences et syndromes démentiels*,
Paris : Masson, 1991.
- MUCCHIELLI R., *Le questionnaire dans l'enquête psychosociale*,
Paris : ESF, 1993, 10^e édition.
- KOTZKI N., POUDEROUX Ph., JACQUOT J-M., *Les troubles de la déglutition*,
Paris : Masson, 1999.



MEMOIRES

PIZZOGLIO, PORCELLI, *Et le conjoint dans tout ça?*
Mémoire d'orthophonie, Lille, 2002.

CHARLAT, CHARRIAU, *Apport d'un classeur de communication en tant que support conversationnel entre une personne atteinte de la maladie d'Alzheimer et son entourage,*
Mémoire d'orthophonie, Lyon, 2004.

VENDOEUVRE, *Peut-on améliorer la communication entre le personnel soignant de l'hôpital de jour et les patients atteints de la maladie d'Alzheimer?*
Mémoire d'orthophonie, Paris, 2002.

LUCAS, *Maladie d'Alzheimer et trouble du comportement alimentaire. Prise en charge à domicile,*
Mémoire d'orthophonie, Tours, 2000.

NIQUET H., *Déglutition pathologique du sujet âgé : formation du personnel soignant des services de gériatrie,*
Mémoire d'orthophonie, Toulouse, 2003.

NEVE H., *Maladie d'Alzheimer et orthophonie : livret d'information à destination des familles,*
Mémoire d'orthophonie, Lille, 2001.

SITES INTERNET

A.S.R.I.M. Site internet: <http://www.ASRIM.fr>.

LePoint. Site internet://[http//www.lepoint.fr](http://www.lepoint.fr).

VIDEO

Réhabilitation des troubles de la déglutition chez l'adulte,
Isbergues : Ortho Edition.

ANNEXES



SOMMAIRE

I. La lettre de demande d'autorisation	I
II. Le questionnaire	II
III. Les atteintes selon le stade de la démence de type Alzheimer (tableau)	IX
IV. Le nombre de places réservées aux personnes atteintes de démence (tableau)	X

I.

Julie SEBBAN
Etudiante en 4^oannée d'orthophonie
78, rue Stanislas
54000 NANCY

NANCY, le 7 Novembre 2005

Madame, Monsieur,

Dans le cadre de mon mémoire de fin d'études, je souhaiterais créer **une plaquette d'informations sur les troubles de la déglutition chez les patients atteints de la maladie d'Alzheimer à destination du personnel soignant.**

Pour ce faire, je dois, avant la fin du mois de janvier, établir un état des lieux des besoins et des connaissances du personnel soignant concernant ces troubles.

Cette démarche constituera le fondement de mon travail.

C'est pourquoi, avec votre aimable autorisation, je souhaiterais interroger, à partir d'un questionnaire que j'ai réalisé, trois ou quatre aides-soignantes et une ou deux infirmières ayant en charge des patients atteints de la maladie d'Alzheimer.

Il serait intéressant, pour mon étude, que je puisse rencontrer des professionnels appartenant à des tranches d'âge différentes et n'ayant pas le même nombre d'années d'expérience.

Avec mes remerciements anticipés pour votre coopération, je vous prie d'agréer, Madame, Monsieur, l'expression de mes sentiments les meilleurs.

Julie SEBBAN

II. LES TROUBLES DE LA DEGLUTITION CHEZ LES PERSONNES

ATTEINTES DE LA MALADIE D'ALZHEIMER.

I- LE PERSONNEL:

1. Sexe:
2. Statut:
3. Nombre d'années d'exercice:
4. Date d'entrée dans l'établissement:

5. Avez-vous déjà suivi une formation sur la déglutition?
 Oui
 Non

6. Vous l'a-t-on déjà proposée?
 Oui
 Non

7. En éprouvez-vous le besoin?
 Oui
 Non

II- LE SERVICE DES REPAS:

1. Les repas sont-ils servis à heure fixe?
 Oui
 Non

2. Quel temps est consacré aux repas?

3. Où les patients prennent-ils leur repas?
 Dans la salle à manger
 Dans la chambre

4. Comment est installé le patient:

- qui prend ses repas sur une chaise?

- qui prend ses repas dans son fauteuil?

- qui prend ses repas dans son lit?

C/ Comment gérez-vous un patient agité:

-qui prend ses repas à table?

-qui prend ses repas dans son fauteuil?

5. Les patients sont-ils capables de manger seuls?

Oui

Non

A/ Si non, comment se passe l'aide alimentaire?

6. Est-ce que vous vous inquiétez de la position de la tête durant les repas?

Oui

Non

A/ Si oui , pourquoi?

III- LA NATURE DES REPAS:

1. Où sont cuisinés les repas?

- A l'extérieur
- Dans la maison

2. Par qui?

3. Les menus sont-ils adaptés aux patients?

- Oui
- Non

A/ Si oui, pour quels types de patients?

B/ Sous quelle forme, l'alimentation est-elle proposée au patient sur le plan des liquides?

- Eau
- Eau gazeuse
- Eau gélifiée
- Autres:.....

.....
C/ Sous quelle forme, l'alimentation est-elle proposée au patient sur le plan des solides?

- Semi-haché
- Haché
- Mouliné
- Onctueux
- Liquide

4. Rencontrez-vous des difficultés particulières avec les patients atteints de la maladie d'Alzheimer concernant les troubles de la déglutition?

- Oui
- Non

A/Si oui, lesquelles?

5. Comment abordez-vous les repas avec un patient Alzheimer?

IV- LA DEGLUTITION:

1. Avez-vous remarqué si la température des aliments influence le mécanisme de la déglutition?

- Oui
- Non

2. Avez-vous déjà été confronté(e) à un patient qui refuse de s'alimenter?

- Oui
- Non

A/ Si oui, comment avez-vous réagi?

B/ Quelles ont été les raisons évoquées par le patient?

3. Avez-vous en charge des patients ayant une sonde naso-gastrique ou une gastro-stomie?

- Oui
- Non

4. Connaissez-vous les phases de la déglutition?

- Oui Très bien
- Non Bien
- Assez bien
- Pas du tout

A/ Si oui, pourriez-vous les décrire ?

5. Quelle est, selon vous, la position idéale pour une bonne déglutition?

6. A quels signes vous rendez-vous compte qu'un patient a des difficultés pour déglutir?

A/ Comment réagissez-vous dans ce cas?

7. Savez-vous qu'il existe des fausses routes non toussées?

- Oui
- Non

A/ Si oui, à quels signes cliniques les reconnaissez-vous ?

8. Connaissez-vous les raisons possibles d'un trouble de la déglutition?

- Oui
- Non

A/ Si oui, Lesquelles?

(incapacité à avaler, à garder les aliments en bouche...)

9. Connaissez-vous les conséquences de ce trouble?

- Oui
- Non

A/ Si oui, pourriez-vous en citer?

V-LA MALADIE D'ALZHEIMER:

1. Est-il difficile de communiquer avec un patient Alzheimer ?

- Facile
- Difficile

A/ Si oui, pourquoi?

2. Est-ce que vous rencontrez davantage de difficultés avec un patient Alzheimer qu'avec d'autres patients?

Oui

Non

A/ Si oui, lesquelles?

3. Est-ce que les repas se passent plus difficilement avec patient Alzheimer ?

Oui

Non

A/ Si oui, pourquoi?

4. Avez-vous déjà été confronté(e) à un patient Alzheimer qui refuse de s'alimenter?

Oui

Non

A/ Si oui, comment avez-vous réagi ?

B/ Quelles étaient les raisons de ce refus d'alimentation?

5. Comment gérez-vous un patient Alzheimer qui déambule?

6. A qui vous adressez-vous en cas de problèmes?

7. Trouvez-vous que la prise en charge des troubles de la déglutition est plus difficile avec des patients atteints de la maladie d'Alzheimer qu'avec des patients souffrant d'autres pathologies ?

Oui

Non

A/ Si oui, Pourquoi ?

8. Dans votre service, quel est le nombre de patients Alzheimer atteints de troubles de la déglutition sur l'ensemble des patients souffrant de cette pathologie?

9. Est-ce que, d'après vous, la fréquence des troubles de la déglutition est-elle plus élevée chez les patients atteints de la maladie d'Alzheimer que chez d'autres patients ?

Oui

Non

III. TAB 1 : Atteintes selon le stade de la démence de type Alzheimer

Stade de la démence	atteintes
Stade léger	<ul style="list-style-type: none"> - troubles mnésiques légers puis de + en + nets - anxiété / difficultés - troubles de la concentration et de l'attention - évitement des situations sociales - léger manque du mot (périphrases-paraphasies) - légers troubles de la compréhension - perte du fil de la conversation - tendance à personnaliser les faits
Stade moyen	<ul style="list-style-type: none"> - discours + automatisé - désorientation temporo-spatiale - troubles importants de la mémoire - troubles des praxies et des gnosies - ralentissement intellectuel majeur - troubles du comportement - difficultés pour suivre une conversation - paraphasies ++ - discours + incohérent + intelligible - pauvreté du vocabulaire - troubles importants de la compréhension - comportement verbal: + ou -
Stade sévère	<ul style="list-style-type: none"> - totalement assisté - incontinent - déficits psychomoteurs fondamentaux - insensible à l'environnement - altération de toutes les fonctions corticales - souvent plus aucun langage verbal - parfois quelques sons ou mots inadéquats - peut utiliser des gestes, des grognements - compréhension quasi nulle



IV. TAB 2. Places réservées aux personnes atteintes de détérioration intellectuelle

	Hébergement permanent	Hébergement temporaire	Accueil de jour et de nuit	Total
Logement-foyer	3 500	40	400	4 000
Maison de retraite rattachée à un hôpital	9 000	170	270	9 400
Maison de retraite privée à but lucratif	31 100	2 500	750	34 400
Maison de retraite privée à but non lucratif	19 200	430	710	20 400
Maison de retraite autonome publique	19 700	320	590	20 600
Résidence d'hébergement temporaire	80	290	40	410
Ensemble	100 400	3 800	3 100	107 000

Source : DRESS (2005)

Mém. Ortho. Nancy

2006

SEBBAN Julie



**Comment pallier les
troubles dysphagiques
chez les patients
« Alzheimer » ?**



Sommaire

	Qu'est-ce que la démence de type Alzheimer ? Le tableau clinique	2
	Qu'est-ce que la déglutition ? Les trois phases	3
	Qu'est-ce que la dysphagie chez les patients « Alzheimer » ? La dysphagie oro-pharyngée Quels sont les signes cliniques liés au processus de la maladie d'Alzheimer ?	4
	Que sont les fausses routes ? Les fausses routes toussées	5
	Les fausses routes non toussées Comment réagir ?	6
	Quels sont les signes d'alerte ?	7
	Quelles sont les conséquences ?	8
	Quelles sont les stratégies d'adaptation ? Comment adapter l'environnement? Comment adapter la posture de la tête? Comment adapter l'alimentation? Comment stimuler la déglutition? Comment adapter les ustensiles?	9 10 11 12
	Pour aller plus loin...	13



Qu'est-ce que la démence de type Alzheimer ?

C'est une détérioration progressive et irréversible. Elle se caractérise par :

- des troubles de la mémoire
- des troubles d'au moins une fonction cognitive (langage, gnosies, praxies,...)
- un retentissement de ces troubles sur les activités sociales, familiales et professionnelles.

Le tableau clinique

- Les troubles cognitifs

- troubles mnésiques,
- troubles de la compréhension orale,
- troubles praxiques,
- troubles de fonctions exécutives,
- agnosies.

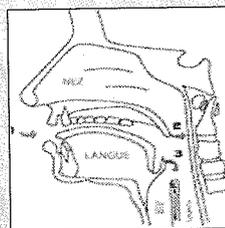
- Les troubles psycho-comportementaux

- dépression,
- troubles émotionnels,
- troubles anxieux,
- agressivité,
- troubles psychotiques,
- troubles des conduites élémentaires,
- troubles de la vigilance.



Qu'est-ce que la déglutition ?

Mécanisme qui nous permet d'acheminer les aliments de la cavité buccale à l'estomac.



1. Phase orale : dans la bouche, les aliments sont mastiqués et imprégnés de salive pour former un bol alimentaire homogène qui sera acheminé vers l'oropharynx grâce aux mouvements de la langue.
2. Phase pharyngée : Le passage du bol alimentaire déclenche le réflexe de déglutition, la respiration se suspend et les aliments passent dans le pharynx.
3. Phase oesophagienne : les aliments arrivent dans l'œsophage et la contraction des muscles de ce dernier achemine les aliments dans l'estomac.



Qu'est-ce que la dysphagie chez les patients Alzheimer ?

C'est l'ensemble des difficultés se manifestant lors de l'acheminement du bol alimentaire de la bouche à l'estomac qui peuvent être dues à :

- l'apraxie bucco-faciale,
- l'opposition générale,
- le succion réflexe,
- la manifestation de certains médicaments (sédatifs, neuroleptiques).
-

● Dysphagie oro-pharyngée

Elle se traduit par des difficultés à transférer le bol alimentaire de la cavité buccale vers le pharynx puis l'œsophage.

Elle touche donc la phase orale et pharyngée.

Quels sont les signes cliniques liés au processus de la maladie d'Alzheimer ?

- perte des mouvements automatiques,
- troubles neuro-musculaires,
- difficultés à exécuter des mouvements volontaires,
- retard d'initiation du geste,
- perte du contrôle cognitif de la déglutition,
- allongement du temps d'exécution de la déglutition,
- déficits sensitifs,
- perte d'autonomie pour l'alimentation.



QUELS SONT LES SIGNES D'ALERTE D'UNE DYSPHAGIE ?

- Refus ou peur de manger
- Amaigrissement, fièvre, encombrement (Attention aux médicaments antipyrétiques : ils peuvent masquer la fièvre)
- Augmentation de la durée du repas
- Stase alimentaire
- Difficultés à avaler (aliments, médicaments)
- Déglutition laborieuse
- Régurgitation buccale, nasale, bavage
- Toux (lors de la déglutition ou juste après)
- Nécessité de se racler la gorge
- Essoufflement pendant ou après la déglutition
- Modification de la voix après la déglutition (voix rauque, humide)



QUELLES SONT LES CONSEQUENCES ?

◆ Encombrement bronchique

◆ Surinfection pulmonaire répétée

◆ Dénutrition

- entraîne un déséquilibre nutritionnel et une déshydratation,
- provoque un affaiblissement de l'état général,
- nécessite une aide alimentaire,
- provoque des escarres,
- peut mettre en jeu le pronostic vital.

Quelques chiffres :

Sont dénutris :

- à l'hôpital, de 20 à 50% des patients,
- 30% des personnes en moyen et long séjour,
- 5% des personnes en maison de retraite,
- A domicile, estimation difficile.



Quelles sont les stratégies d'adaptation ?

Elles permettent de pallier les troubles dysphagiques.

Comment adapter l'environnement ?

- Les repas doivent être pris dans un environnement relativement calme où il n'y a d'éléments distrayeurs (radio, télévision...) car les patients Alzheimer ont des difficultés pour gérer une double tâche : s'alimenter et suivre une conversation, par exemple.
- Pour les patients Alzheimer, présentant des troubles attentionnels et mnésiques, il ne faut pas hésiter à répéter les consignes et à canaliser ces patients en leur expliquant (ou ré-expliquant) la situation. Cela permet, également, de réduire leurs éventuelles angoisses.
- Le patient doit être installé en fonction de ses possibilités de manière à lui simplifier l'accès à ses couverts et lui faciliter, ainsi, l'initiation de la phase orale préparatoire.

Comment adapter la posture de la tête ?

- S'assurer que le patient est assis bien droit, les pieds posés à plat sur le sol et lui proposer d'avaler en penchant légèrement la tête vers son menton.
- La personne qui nourrit le patient doit se placer de telle sorte que le patient n'ait pas à tourner la tête.



Comment adapter l'alimentation ?

ATTENTION: - Si problème de déglutition de salive, suspendre toute alimentation.

Selon l'importance de la dysphagie, essais alimentaires selon la progression suivante :

- 1. Suspendre temporairement toute prise alimentaire
- 2. Observer la déglutition de la salive
- 3. Proposer des lactés froids non liquides
- 4. Proposer des plats moulinés
- 5. Proposer de l'eau gélifiée
- 6. Proposer des liquides épais ou épaissis
- 7. Proposer de l'eau gazeuse
- 8. Proposer de l'eau plate
- 9. Proposer des plats hachés
- 10. Proposer des plats en morceaux
- 11. Si pas de fausse route observée, retour progressif à une alimentation normale.

Pour les solides :

- adapter la texture : hacher, mixer (en évitant la purée de pommes de terre)
ajouter de la crème fraîche comme liant



- contrôler le volume des bouchées
- fragmenter les repas

ATTENTION: - aux aliments non cohésifs qui s'émiettent ou qui forment un bol alimentaire difficile à regrouper sur la langue : riz, semoule de couscous, biscuits secs, biscotte, madeleine...



Comment stimuler la déglutition ?

La température permet de déclencher le réflexe de déglutition :

- proposer des aliments froids,



- proposer des aliments sucrés, saler, poivrer ou épicer davantage les plats, ce qui permet de stimuler les récepteurs sensitifs responsables du déclenchement de la déglutition.

Une **belle présentation des plats** peut également aider le patient à retrouver le plaisir et l'envie de s'alimenter.





Comment adapter les ustensiles ?

Les ustensiles ergonomiques peuvent se révéler efficaces pour pallier les troubles praxiques éventuels des patients Alzheimer, les gênant dans la préhension des aliments et dans le fait de les porter à la bouche.

Le canard ergonomique, par exemple, permet de contrôler les gorgées.



Pour les solides, l'emploi de cuillères coudées ou des assiettes ergonomiques peut faciliter la mise en bouche des aliments.





COMMENT AIDER UN PATIENT A S'ALIMENTER ?

- Garder le contact visuel
- Alimenter à la petite cuillère (quantité nécessaire et suffisante)
- Exercer une légère pression sur la langue avec le dos de la petite cuillère permet de déclencher la déglutition
- Stimuler la mastication en tapotant légèrement les joues de l'extérieur et/ou en pressant légèrement le menton
- Amener le patient à déglutir une deuxième fois lorsqu'il reste des aliments dans la bouche
- S'assurer que la bouche est vide avant d'introduire une bouchée
- S'assurer que la bouche est bien fermée pendant la mastication et la déglutition
- Ne pas donner de liquide pour « faire passer » une grosse bouchée
- Laisser le patient assis environ 20 min après les repas
- Faire des soins de bouche, vérifier l'état dentaire et nettoyer le nez



Pour aller plus loin...

Ouvrages :

SELLAL F., KRUCZEK E., *Maladie d'Alzheimer*,
Paris : Doin, 2001.

COT F. et coll., *La dysphagie oro-pharyngée chez l'adulte*,
Paris : Maloine, 1996.

SELMES J., DEROUESNE C., *La maladie d'Alzheimer au jour le jour*,
Montrouge : John Libbey Eurotext, 2004.

Vidéo :

PUECH M. et WOISARD V., *Réhabilitation des troubles de la déglutition chez l'adulte*,
Isbergues : Ortho Edition,

« L'être humain est la proie de trois maladies
chroniques et inguérissables :
le besoin de nourriture,
le besoin de sommeil,
et le besoin d'égards. »

Henri De Montherlant, extrait de « Carnets ».

Brochure réalisée par Julie SEBBAN, étudiante en 4^e année d'orthophonie, Nancy, juin 2006.