



**HAL**  
open science

# Presbyphagie et prévention : élaboration d'un outil d'auto-évaluation dans le cadre d'une action de prévention relayée par les médecins généralistes

Audrey O'neill, Elora Guillaumont

## ► To cite this version:

Audrey O'neill, Elora Guillaumont. Presbyphagie et prévention : élaboration d'un outil d'auto-évaluation dans le cadre d'une action de prévention relayée par les médecins généralistes. Médecine humaine et pathologie. 2016. hal-03870213

**HAL Id: hal-03870213**

**<https://hal.univ-lorraine.fr/hal-03870213>**

Submitted on 24 Nov 2022

**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-memoires-contact@univ-lorraine.fr](mailto:ddoc-memoires-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.cfcopies.com/V2/leg/leg_droi.php)

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

# **UNIVERSITÉ DE LORRAINE**

FACULTÉ DE MÉDECINE  
DÉPARTEMENT D'ORTHOPHONIE

## **MÉMOIRE**

présenté par :

**Audrey O'NEILL**  
**Elora GUILLAUMONT**

soutenu le : **20 Juin 2016**

pour obtenir le

**Certificat de Capacité d'Orthophonie**  
**de l'Université de Lorraine**

**Presbyphagie et Prévention : Élaboration  
d'un outil d'auto-évaluation dans le cadre  
d'une action de prévention relayée par les  
médecins généralistes**

**Président du jury :** Dr. P. GALLET, Médecin ORL, Praticien hospitalier universitaire  
**Mémoire dirigé par :** Mme A. HENRY, Orthophoniste  
**Assesseur :** M. D. LEROND, Orthophoniste

**Année universitaire : 2015-2016**



# **UNIVERSITÉ DE LORRAINE**

FACULTÉ DE MÉDECINE  
DÉPARTEMENT D'ORTHOPHONIE

## **MÉMOIRE**

présenté par :

**Audrey O'NEILL**  
**Elora GUILLAUMONT**

soutenu le : **20 Juin 2016**

pour obtenir le

**Certificat de Capacité d'Orthophonie**  
**de l'Université de Lorraine**

**Presbyphagie et Prévention : Élaboration  
d'un outil d'auto-évaluation dans le cadre  
d'une action de prévention relayée par les  
médecins généralistes**

**Président du jury :** Dr. P. GALLET, Médecin ORL, Praticien hospitalier universitaire  
**Mémoire dirigé par :** Mme A. HENRY, Orthophoniste  
**Assesseur :** M. D. LEROND, Orthophoniste

**Année universitaire : 2015-2016**

## REMERCIEMENTS

Nous tenons à remercier toutes les personnes nous ayant guidées, aidées et soutenues tout au long de l'élaboration de ce mémoire :

A **Monsieur le Docteur GALLET**, *président de ce jury et médecin O.R.L. au Centre Hospitalier Régional Universitaire de Nancy*, pour nous avoir fait l'honneur d'accepter la présidence de ce jury.

A **Madame Aurélia HENRY**, *directrice de mémoire et orthophoniste au Centre Hospitalier Régional Universitaire de Nancy et en libéral*, pour nous avoir guidées et encadrées tout au long de ce mémoire. Nous vous témoignons toute notre reconnaissance pour votre confiance, votre aide précieuse, ainsi que pour votre partage et nos nombreux échanges au cours de nos stages.

A **Monsieur Didier LEROND**, *assesseur de mémoire et orthophoniste en libéral*, pour avoir accepté de faire partie du jury de ce mémoire de fin d'études et pour sa relecture attentive.

Aux **professionnels nous ayant accueillis pour les besoins de notre étude**, pour leur gentillesse, leur écoute et le partage de leur expérience clinique. Nous remercions tout particulièrement **Madame le Docteur TOUSSAINT** et **Madame Eve VIMBERT**, pour leur accueil, leur gentillesse, leur aide, et pour nous avoir introduit auprès des autres professionnels et des patients.

Aux **médecins généralistes ayant participé**, pour avoir accepté de se rendre disponibles malgré leur emploi du temps et avoir pris le temps de répondre à nos questionnaires.

Aux **personnes interrogées**, pour nous avoir si gentiment accueillis et avoir accepté de répondre à nos questionnaires.

A **Madame Géraldine USQUELIS**, dont nous avons poursuivi le travail du mieux que nous le pouvions. Un grand merci pour ta gentillesse et ta disponibilité, ainsi que pour ton aide et nos échanges.

A **nos maîtres de stage**, pour nous avoir transmis leurs connaissances et surtout leur passion tout au long de ces quatre années.

A **nos familles respectives**, pour nous avoir épaulées et soutenues au cours de ce travail, pour leur soutien sans faille et leurs encouragements. Tout particulièrement à nos grands-parents qui ont accepté de jouer les cobayes pour nos expérimentations !

Un remerciement tout particulier à **Monsieur le Docteur GUILLAUMONT**, pour son aide plus que précieuse et ses conseils, sans qui nous serions passées à côté de bien des aspects !

A **nos ami(e)s, et particulièrement Hélène, Clémence, Sarah, Émilie, Célia, Sarah et Valérie**, pour leur présence et leurs conseils, pour toutes ces années passées ensemble, autant dans les moments difficiles que dans les moments de joie.

A **Émilien**, pour ta présence à mes côtés tout au long de cette année, pour ton soutien plein de réconfort, ta compréhension et surtout ta patience. Hu je t'aime.

# SOMMAIRE

<b>INTRODUCTION.....</b>	<b>10</b>
<b>PARTIE THEORIQUE.....</b>	<b>12</b>
<b>1. LA PREVENTION EN ORTHOPHONIE .....</b>	<b>13</b>
<b>1.1.Les différents niveaux de prévention .....</b>	<b>13</b>
1.1.1. La prévention primaire.....	13
1.1.2. La prévention secondaire .....	13
1.1.3. La prévention tertiaire .....	13
1.1.4. Classification selon R.S. GORDON .....	14
<b>1.2.Le rôle de l'orthophoniste dans la prévention .....</b>	<b>14</b>
<b>1.3.Les outils à disposition de l'orthophoniste .....</b>	<b>15</b>
<b>2. LA PRISE EN CHARGE ORTHOPHONIQUE DE LA PRESBYPHAGIE.....</b>	<b>17</b>
<b>2.1.La presbyphagie.....</b>	<b>17</b>
2.1.1. Définition .....	17
2.1.2. Les signes évocateurs.....	18
2.1.3. Les facteurs favorisants.....	19
2.1.4. Les conséquences .....	20
<b>2.2.Le rôle de l'orthophoniste dans la prise en charge des troubles presbyphagiques .....</b>	<b>21</b>
2.2.1. Un rôle d'information .....	21
2.2.2. Le bilan.....	22
2.2.2.1.L'anamnèse.....	22
2.2.2.2.L'évaluation clinique du patient .....	23
2.2.2.3.Diagnostic de la presbyphagie .....	24
2.2.3. La rééducation.....	25
2.2.3.1.Rééducation spécifique.....	25
2.2.3.2.Mise en place d'adaptations.....	26
2.2.3.3.Mise en place d'aménagements .....	27
2.2.4. Prise en charge pluridisciplinaire.....	27
<b>METHODOLOGIE .....</b>	<b>29</b>
<b>1. EMERGENCE DU SUJET .....</b>	<b>30</b>
<b>1.1.Intérêt pour le sujet.....</b>	<b>30</b>

<b>1.2.Émergence de la problématique .....</b>	<b>31</b>
<b>2. BUT DE L'ETUDE REALISEE .....</b>	<b>32</b>
<b>2.1.Problématique .....</b>	<b>32</b>
<b>2.2.Hypothèses et objectifs de travail .....</b>	<b>32</b>
<b>3. METHODE ET MOYENS.....</b>	<b>34</b>
<i>1ère Partie : Questionnaires à destination des personnes âgées.....</i>	<b>34</b>
<b>3.1.Critères d'inclusion et d'exclusion dans le choix des personnes âgées .....</b>	<b>34</b>
<b>3.2.Questionnaire d'auto-évaluation.....</b>	<b>34</b>
3.2.1. Elaboration de l'auto-évaluation .....	35
3.2.1.1.Elaboration des questions et de l'échelle.....	35
3.2.1.2.Phase de pré-test .....	38
3.2.2. Validation du questionnaire d'auto-évaluation .....	39
<b>3.3.Questionnaire de prise de conscience.....</b>	<b>39</b>
3.3.1. Elaboration du questionnaire de prise de conscience.....	39
3.3.1.1.Elaboration des questions et de l'échelle.....	39
3.3.1.2.Phase de pré-test .....	41
<b>3.4.Modalités de passations.....</b>	<b>41</b>
3.4.1. Entretiens téléphoniques .....	41
3.4.2. Entretiens en présence des personnes testées.....	42
3.4.3. Prise de contact avec le SSR de Flavigny .....	42
3.4.3.1.Rencontre avec les médecins du SSR et choix des patients .....	42
3.4.3.2.Passations des questionnaires auprès des patients sélectionnés .....	43
<i>2ème Partie : Action pilote de diffusion auprès des médecins généralistes.....</i>	<b>44</b>
<b>3.5.L'action de prévention pilote : administration de l'auto-évaluation par les médecins</b>	<b>44</b>
<b>3.6.Elaboration de l'outil d'informations .....</b>	<b>45</b>
3.6.1. Objectifs de l'outil d'informations.....	45
3.6.2. Choix du support.....	45
3.6.3. Choix des informations .....	46
3.6.3.1.Recommandations de la HAS .....	46
3.6.3.2.Avis des médecins .....	47
<b>3.7.Retours des médecins généralistes sur l'action de prévention pilote.....</b>	<b>48</b>
3.7.1. Objectifs du questionnaire médecins .....	48
3.7.2. Elaboration du questionnaire médecins .....	49
3.7.2.1.Connaissances générales.....	49
3.7.2.2.Outil d'informations .....	50
3.7.2.3.Auto-évaluation .....	51

<b>4. PRECAUTIONS METHODOLOGIQUES</b> .....	<b>52</b>
<b>4.1. Petite population d'étude</b> .....	<b>52</b>
<b>4.2. Un temps d'expérimentation limité</b> .....	<b>52</b>
<b>4.3. Questionnaire d'auto-évaluation pilote</b> .....	<b>53</b>
<b>4.4. Implication subjective des testeurs</b> .....	<b>53</b>
<b>RESULTATS</b> .....	<b>54</b>
<b>1. ANALYSE ET SYNTHESE DES RESULTATS</b> .....	<b>55</b>
<b>1.1. Présentation du panel étudié</b> .....	<b>55</b>
<b>1.2. Analyse et synthèse des résultats de l'auto-évaluation</b> .....	<b>56</b>
1.2.1. Première passation à J0 .....	56
1.2.1.1. Signes évocateurs d'un trouble de la déglutition .....	56
1.2.1.2. Facteurs favorisant les troubles de la déglutition.....	61
1.2.1.3. Les conséquences des troubles de déglutition.....	63
1.2.1.4. Conclusion des résultats.....	67
1.2.2. Deuxième passation à J30 .....	67
1.2.2.1. Bilan de déglutition.....	67
1.2.2.2. Reproductibilité des réponses obtenues .....	68
1.2.2.3. Validité.....	68
1.2.2.3.1. Définition .....	68
1.2.2.3.2. Calculs.....	69
<b>1.3. Analyse et synthèse des résultats des questionnaires de prise de conscience</b> .....	<b>71</b>
1.3.1. Questionnaire de prise de conscience initial .....	71
1.3.2. Questionnaire de prise de conscience final .....	72
1.3.3. Croisement des données.....	73
<b>1.4. Analyse et synthèse des résultats du questionnaire des médecins</b> .....	<b>75</b>
1.4.1. Connaissances presbyphagie.....	75
1.4.2. Avis sur l'outil d'informations.....	76
1.4.3. Avis sur l'auto-évaluation.....	76
1.4.4. Conclusion des données recueillies.....	77
<b>2. DISCUSSION</b> .....	<b>77</b>
<b>2.1. Objectifs et résultats de la démarche</b> .....	<b>77</b>
<b>2.2. Limites de l'étude</b> .....	<b>79</b>
2.2.1. Choix de la population .....	79
2.2.2. Validation des hypothèses à pondérer.....	80
2.2.3. Contenu de l'outil d'informations.....	81
2.2.4. Fiabilité de l'auto-évaluation .....	81
<b>2.3. Perspectives et apports</b> .....	<b>82</b>

2.3.1. Choix de la population et travail à long terme .....	82
2.3.2. Vers une auto-évaluation quantitative et simplifiée.....	82
2.3.3. Apports professionnels.....	83
<b>CONCLUSION.....</b>	<b>84</b>
<b>BIBLIOGRAPHIE.....</b>	<b>86</b>
<b>ANNEXES.....</b>	<b>88</b>

# **INTRODUCTION**

La déglutition est un acte physiologique vital à l'être humain lui permettant de s'alimenter tout en protégeant ses voies aériennes supérieures. Nous effectuons ce mécanisme plus de deux mille fois par jour sans nous en rendre compte. Cependant, lorsqu'il est altéré, cela a des conséquences importantes sur la santé et la qualité de vie. Cette fonction peut être perturbée dans le cas de pathologies ORL ou de troubles neurologiques, mais également dans le cas d'un vieillissement normal des organes nécessaires à la déglutition. On parlera alors de presbyphagie, terme encore peu connu des médecins et des autres professionnels de santé.

L'espérance de vie ne cessant de progresser, nous observons de plus en plus de pathologies directement liées au vieillissement de certains organes. Malheureusement, en l'absence d'une prise en charge adéquate, la presbyphagie porte atteinte à la vie du patient en entraînant des complications telles que des infections pulmonaires, un amaigrissement et une déshydratation qui engageront à terme le pronostic vital.

La prise en charge de la presbyphagie débute par des actions de prévention s'assurant d'une bonne connaissance des facteurs de risques et des conséquences. Ces actions permettent une meilleure information de la population et du personnel médical et ont pour objectif une sensibilisation aux symptômes et aux facteurs de risques qu'entraîne la presbyphagie sur la santé et la qualité de vie. Cet aspect de prévention du métier d'orthophoniste nous a interpellées de par sa singularité. En effet, la population tout-venant réduit souvent l'orthophonie à un travail de rééducation auprès d'enfants ayant des difficultés langagières ou en complément d'un suivi orthodontique. Hors, les diverses actions de préventions, telle que « Ortho'quoi » menée par la Fédération Nationale des Etudiants en Orthophonie, tendent à démocratiser les différentes facettes du métier d'orthophoniste en montrant par exemple quelles rééducations les étudiants en orthophonie pourront mener une fois diplômés.

Il semble alors pertinent de prévenir cette pathologie, la déglutition étant une action quotidienne de notre vie. Manger est une nécessité physiologique, mais c'est aussi une grande source de plaisir, de rencontre et de partage. C'est autour de la table que l'on se rassemble et que l'on se retrouve en famille ou entre amis. Le fait de manger constitue donc une activité sociale importante à notre vie. Malheureusement, manger peut devenir dangereux si cet acte de déglutition est altéré.

C'est pourquoi, dans un souci de sensibiliser les personnes âgées ainsi que les médecins généralistes à la presbyphagie, nous avons souhaité créer un questionnaire d'auto-évaluation qui

permettra le dépistage des personnes à risques. Il favorisera également la prise de conscience de l'importance des symptômes, des risques et des conséquences qu'entraîne l'absence de prise en charge d'une presbyphagie. Dans un deuxième temps, nous réaliserons un outil d'informations à destination des médecins généralistes, premiers interlocuteurs des personnes âgées susceptibles de détecter cette pathologie.

Tout d'abord, dans une première partie, nous parlerons de l'importance de la prévention dans le métier d'orthophoniste, ainsi que le rôle de ce dernier dans la prise en charge de la presbyphagie. Dans un second temps, nous expliquerons comment et pourquoi nous avons créé un outil de dépistage à l'attention des personnes âgées. Ensuite, nous discuterons de l'importance de la prévention chez les médecins traitants, qui sont le premier relais des personnes âgées. Enfin, nous analyserons les résultats obtenus après la passation des questionnaires afin de répondre à notre problématique.

# **PARTIE THÉORIQUE**

# **1. LA PRÉVENTION EN ORTHOPHONIE**

Selon la définition de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) écrite en 1948 : « *La prévention est l'ensemble des mesures visant à éviter ou réduire le nombre et la gravité des maladies, des accidents et des handicaps.* » L'OMS distingue différents niveaux de préventions qui interviennent en fonction de l'avancée de la maladie, du handicap ou de l'accident.

## **1.1. Les différents niveaux de prévention.**

### **1.1.1. La prévention Primaire.**

La prévention primaire agit en amont du problème. Elle s'adresse à une population qui n'est pas malade mais qui est susceptible de développer une maladie. Son objectif est d'empêcher l'apparition de la maladie ou du moins de réduire les nouveaux cas en informant et en éduquant la population aux facteurs de risques (environnementaux, génétiques...). La vaccination constitue une prévention primaire. Elle intervient avant le début de la maladie, en prévention d'une éventuelle maladie.

### **1.1.2. La prévention Secondaire.**

La prévention secondaire agit au début de l'apparition de la maladie. Elle s'adresse à une population dont les symptômes de la pathologie commencent à se manifester. L'objectif est de maîtriser l'évolution de la maladie en agissant au tout début de l'apparition des troubles. La prévention secondaire intervient lors des dépistages et de la mise en place des premiers traitements.

### **1.1.3. La prévention Tertiaire.**

La prévention tertiaire intervient lorsque la maladie est installée. Elle s'adresse à une population qui souffre de la pathologie et dont la manifestation des troubles est avancée. Son objectif est de réduire les complications dues à la maladie ainsi que les risques de récurrence qui peuvent survenir. La prévention tertiaire correspond à la rééducation de la personne ainsi qu'à sa réinsertion dans la vie sociale et éventuellement professionnelle.

#### 1.1.4. Classification selon R.S. GORDON.

Il existe une autre classification de la prévention établie en 1982 par R.S. GORDON qui prend appui sur la population et non sur la maladie comme l'a fait l'OMS.

Cette classification est divisée en trois parties :

-La prévention Universelle : Elle cible une population générale sans tenir compte de son état de santé et de ses activités. L'objectif de cette prévention est de sensibiliser et d'éduquer un public tout venant aux facteurs de risques d'une maladie.

-La prévention Sélective : Elle s'adresse à un groupe de population spécifique par la mise en place d'actions de sensibilisation sélectionnées pour le groupe de population ciblé. On parlera par exemple de prévention sélective pour la sensibilisation au port de la ceinture chez les automobilistes.

-La prévention Ciblée : Elle s'adresse à un groupe de population spécifique qui présente en plus des facteurs de risques spécifiques à cette partie bien identifiée de la population.

### **1.2. Le rôle de l'orthophoniste dans la prévention.**

L'orthophoniste est chargé de plusieurs missions. Outre l'évaluation grâce au bilan orthophonique, qui sera suivie ou non d'une prise en charge du patient, l'orthophoniste a également pour rôle de prévenir, repérer et dépister. En effet, la prévention fait partie de la Nomenclature Générale des Actes Professionnels (NGAP) en orthophonie, où il est mentionné que « *la rééducation orthophonique est accompagnée, en tant que de besoin, de conseils appropriés à l'entourage proche du patient* » (Art. 4.).

C'est en 1970 que l'on commence à parler de prévention en orthophonie. Dès 1979, celle-ci est définie comme l'un des éléments primordiaux de la profession. En 1984 a eu lieu le premier colloque national de la prévention en orthophonie et, en 1987, la réforme des études inclut la prévention au sein de la formation initiale des orthophonistes. Durant les années quatre-vingts, les orthophonistes se basent sur les différents niveaux de prévention définis préalablement par l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) pour proposer diverses actions :

- La prévention primaire regroupe les actions ayant pour but l'information de la population et des professionnels quant au développement du langage et des différents troubles pouvant survenir.
- La prévention secondaire vise au dépistage précoce de ces troubles.
- La prévention tertiaire concerne quant à elle la rééducation, la remédiation, ainsi que la réinsertion familiale, sociale, et culturelle.

L'orthophoniste pourra donc être amené à mettre en place et participer à différentes actions de prévention, de dépistage et d'éducation sanitaire. L'objectif de ces actions est de viser à l'information du public concerné, qu'il s'agisse de l'entourage du patient, auquel un accompagnement pourra être proposé, des autres professionnels de santé ou encore des professionnels de l'éducation. Ces actions passeront notamment par la formation initiale et continue, à la fois par les orthophonistes entre eux mais aussi auprès des autres soignants et professionnels de l'éducation.

De même, la diffusion d'outils de repérage, réalisés par des orthophonistes à destinations des autres professionnels, favorise la prévention de certains troubles grâce à l'utilisation de ces outils qui se manipulent facilement et sont rapides d'utilisation.

La Fédération Nationale des Orthophoniste (FNO) a également instauré des journées d'information à échelle européenne permettant d'étoffer les connaissances tout en incitant le développement de la recherche en orthophonie.

### **1.3. Les outils à disposition de l'orthophoniste.**

L'orthophoniste dispose au sein de son lieu de travail d'un outil essentiel : le bilan orthophonique. Le bilan est un acte professionnel effectué uniquement sur prescription médicale. Il inclut un entretien permettant de recueillir l'anamnèse, c'est-à-dire l'histoire de vie du patient, la passation d'épreuves que l'orthophoniste devra analyser et interpréter, la pose d'un diagnostic orthophonique si possible, l'élaboration d'un projet thérapeutique et d'objectifs de rééducation, ainsi que la rédaction d'un compte-rendu écrit adressé au médecin accompagné de l'orientation vers d'éventuels bilans complémentaires.

Le bilan est un outil clinique :

- De diagnostic orthophonique : à l'issue du bilan, il est parfois possible de poser un nom sur le trouble, voire d'en déterminer une étiologie. Il est également possible de faire état des capacités et possibilités du patient, grâce à la passation de différentes épreuves. Il existe en effet de nombreux tests permettant de réaliser un bilan standardisé et normé, majoritairement diffusés par la Fédération Nationale des Orthophoniste (FNO) via leurs services d'édition.
- De pronostic : il permet de donner les possibilités de récupération ainsi qu'une estimation de la durée de la prise en charge.
- De prévention et de dépistage : le bilan est considéré comme acte de prévention s'il n'est pas suivi par une prise en charge. Il est alors possible d'effectuer un nouveau bilan quelques mois plus tard afin d'empêcher l'apparition ou l'aggravation d'un trouble et éventuellement mettre en place une guidance.
- D'information : c'est l'occasion pour l'orthophoniste d'expliquer les modalités de prise en charge, de donner des renseignements quant à la pathologie...

Outre le bilan, l'orthophoniste dispose également d'outils de dépistage. Ces outils sont uniquement utilisés par les orthophonistes. Ils ne posent pas de diagnostic et devront être confirmés ou infirmés grâce au bilan.

## 2. LA PRISE EN CHARGE ORTHOPHONIQUE DE LA PRESBYPHAGIE

### 2.1. La presbyphagie.

#### 2.1.1. Définition.

La presbyphagie est un trouble de la déglutition qui est lié à l'âge. LOGEMANN (2007) la définit comme « *l'ensemble des effets du processus de vieillissement sur le mécanisme de déglutition* ». En effet, nous constatons que le vieillissement normal entraîne un ralentissement global de la fonction de déglutition. Il modifie l'ensemble des structures bucco-dentaires, laryngées, pharyngées et oesophagiennes nécessaires à la déglutition. Nous observons également chez les personnes âgées une altération significative de certaines fonctions associées à la déglutition telles que l'odorat, le goût et le flux salivaire. En effet, selon RUGLIO & PÉNIGAULT (2015), « *la déglutition est un mécanisme complexe, faisant intervenir la coordination d'une grande variété de stimuli sensoriels, proprioceptifs et de réactions motrices* ».

La déglutition normale est constituée de trois phases : la phase buccale (qui est un temps volontaire correspondant à la préparation du bol alimentaire par l'insalivation et la mastication qui permettront d'homogénéiser le bol alimentaire), la phase pharyngée et la phase oesophagienne (qui sont des temps réflexes permettant de transporter le bol alimentaire vers l'estomac).

Avec le vieillissement, ces différentes phases sont modifiées, entraînant une altération de la déglutition (PUISIEUX & al., 2009) :

- Pendant la phase buccale, on observe une réduction de la force musculaire de la langue et des muscles permettant la mastication, une altération de la dentition (perte de dents, parfois appareils dentaires mal adaptés...) mais également une diminution de la sécrétion salivaire. Les altérations de ces mécanismes auront pour conséquence des difficultés à préparer le bol alimentaire ainsi que des difficultés à propulser le bolus vers le pharynx.
- Pendant la phase pharyngée, on remarque que le déclenchement du réflexe de déglutition est retardé, que l'ascension du larynx est moins efficace et que la force de contraction du pharynx est

diminuée. Cela a pour conséquences un temps pharyngé plus long et la présence de stases salivaires importantes dans les vallécules et/ou dans les sinus piriformes.

- Pendant la phase œsophagienne, on observe des troubles de relaxation du sphincter supérieur de l'œsophage (SSO) et une interruption du péristaltisme qui ne permet plus la descente des aliments vers l'estomac. Néanmoins, ces troubles peuvent se retrouver dans d'autres pathologies (comme les dysphagies lésionnelles et les sténoses...).

Le diagnostic des troubles de la déglutition est primordial, puisque ces troubles sont impliqués dans l'apparition et dans la persistance d'un état de fragilité chez les personnes âgées. Le diagnostic repose sur l'observation de certains signes évocateurs.

### 2.1.2. Les signes évocateurs.

Les signes évocateurs correspondent à l'ensemble des signes observables au cours des temps de repas et qui traduisent la présence d'un trouble de la déglutition. Ces signes apparaissent souvent de manière insidieuse, sans que le sujet et son entourage ne s'en aperçoivent. Il faut pourtant rester vigilant face à ces signes qui témoignent d'un problème de déglutition et qui surviennent en amont de pathologies plus graves. Cependant, il est important de noter que certains signes peuvent être trompeurs. Ainsi, un sujet qui tousse après avoir avalé n'indique pas nécessairement qu'il a fait une fausse route. De même, l'absence de toux au moment d'avaler ne signifie pas toujours que tout se passe bien. En effet, il existe un risque de fausse route silencieuse qui peut passer inaperçue.

Les signes évocateurs sont de deux types :

- Les signes spécifiques aux troubles de la déglutition, qui sont les symptômes d'emblée évocateurs : une gêne ou une odynophagie au moment de la déglutition, des fuites alimentaires par la bouche, une toux avant, pendant ou après la déglutition, un reflux nasal, une modification de la voix (une voix mouillée) pendant ou après le repas, un blocage, des difficultés de mastication...

- Les signes aspécifiques, c'est-à-dire les signes qui rendent compte d'un retentissement organique et social et qui informent sur la gravité du trouble, son vécu et sa tolérance par le patient : un allongement de la durée des repas, des prises alimentaires fractionnées, un refus de manger certains

types d'aliments, un sentiment d'angoisse, une absence de plaisir lors des repas, un bavage, un encombrement respiratoire, une perte de poids brutale, une déshydratation...

Ces signes évocateurs constituent les signes d'alerte qui doivent orienter vers un examen clinique et une démarche diagnostique. Au-delà des signes évocateurs, nous observons certains facteurs favorisant l'apparition d'un trouble de la déglutition.

### 2.1.3. Les facteurs favorisants.

Un trouble peut se manifester de différentes manières. Divers éléments, appelés facteurs, sont responsables de la survenue et du développement d'une maladie. Nous distinguons trois types de facteurs (BRIN-HENRY & al., 2011) :

- Le facteur déclenchant : selon l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), ce terme désigne l'élément déclencheur du trouble ou de la maladie. Dans le cas de l'asthme par exemple, le facteur le plus susceptible d'être à l'origine d'une crise est l'inhalation de particules. Il s'agit d'un élément environnemental qui provoquera l'apparition d'un trouble respiratoire chez tous les asthmatiques. Cependant, nous notons d'importantes variations inter-individuelles dans la mesure où certains facteurs concerneront tous les patients atteints tandis que d'autres différencieront selon les individus.
- Le facteur favorisant : cet élément correspond au risque de créer un terrain propice à l'installation et au développement du trouble. L'apparition en sera favorisée par plusieurs conditions plaçant le sujet dans un état de fragilité vis-à-vis du trouble. Dans le cadre de l'épilepsie, un mauvais suivi du traitement antiépileptique contribuera à la réapparition des crises.
- Le facteur associé : il accompagne la maladie et en alourdit les conséquences sur la vie du patient. Les facteurs associés peuvent être iatrogènes, métaboliques, endocriniens... Nous retrouvons par exemple fréquemment des troubles cognitifs, des troubles du comportement et des troubles des apprentissages associés à une dysphasie.

Dans le cadre d'un trouble de la déglutition et plus précisément de la presbyphagie, plusieurs facteurs favorisent l'émergence du trouble.

Une modification de l'apparence de la salive, tant au niveau qualitatif que quantitatif, doit alerter. Une cavité buccale trop sèche ne permet pas de lubrifier suffisamment le bolus alimentaire pour permettre une déglutition efficace, de même qu'une bouche trop humide entrave le réflexe de déglutition.

Une mauvaise hygiène bucco-dentaire prédispose également à l'apparition de difficultés. Le nettoyage de la bouche après chaque repas est impératif afin d'éliminer les éventuels résidus et conserver des arcades dentaires saines permettant une mastication efficace. Selon RUGLIO (2012), « *il est impossible de vraiment mastiquer avec les gencives. Dans ce cas, la personne manipule les aliments en bouche tant bien que mal, et finit par les gober simplement ramollis, ce qui peut augmenter le risque de fausses routes* ». En plus de l'hygiène, si la personne porte des prothèses dentaires, il convient qu'elles soient également nettoyées et adaptées à la cavité buccale. En cas de perte de poids, il est possible que l'appareil bouge et gêne la déglutition.

Enfin, la présence d'un reflux gastro-œsophagien (RGO), se caractérisant par des remontées acides importantes allant de l'estomac à l'œsophage, voire jusque dans la bouche, peut avoir pour complication une odynophagie, c'est-à-dire une douleur lors de la déglutition ou encore une dysphagie, soit une sensation de gêne lors du passage des aliments.

Les facteurs favorisants vont donc influencer l'apparition de difficultés à déglutir, ce qui nécessitera une prise en charge afin de pallier aux graves conséquences qu'un trouble de la déglutition entraîne.

#### 2.1.4. Les conséquences.

La presbyphagie a de graves répercussions sur la qualité de vie de la personne âgée, tant au niveau médical que psychologique et social. A terme, cela aboutit parfois à une hospitalisation, une institutionnalisation précoce, voire au décès (GUEDJ ROUAH, 2013).

En effet, les difficultés à déglutir sont responsables d'une diminution des quantités ingérées, et donc d'un apport calorique insuffisant, provoquant une perte de poids importante, une dénutrition et une déshydratation du patient. La notion de plaisir lors des repas disparaîtra progressivement et le moment convivial que représente le repas deviendra peu à peu une source d'angoisse, chaque prise alimentaire étant associée à la crainte de faire une fausse route (HUMBERT & ROBBINS, 2008).

La personne va alors mettre en place, parfois même sans s'en apercevoir, des mécanismes de protection, en évitant par exemple certains aliments (avec le risque d'affecter l'équilibre nutritionnel), en privilégiant les boissons à texture plus épaisse que l'eau.

Cette modification progressive des habitudes alimentaires est un indice important à prendre en compte. Au début, la plupart de ces changements ne se remarquent pas, mais, quand les difficultés deviennent trop importantes, des modifications du comportement lors des repas s'observent : angoisse, endormissement, augmentation de la pathologie globale...

Par honte, la personne âgée peut en venir à limiter sa vie sociale, préférant s'isoler lors des repas, par peur du regard des autres face au temps pris pour s'alimenter, aux fausses routes et éventuelles fuites nasales et/ou buccales.

Les symptômes de la presbyphagie rendent les repas anxiogènes et ont de graves répercussions psychologiques sur les patients, pouvant aller jusqu'à la dépression. Ces risques majeurs ne doivent donc pas être sous-estimés, car ils impactent directement la vie sociale de la personne âgée et sont tout aussi délétères que le trouble lui-même.

## **2.2. Le rôle de l'orthophoniste dans la prise en charge des troubles presbyphagiques.**

### **2.2.1. Un rôle d'information.**

Selon le décret relatif aux actes professionnels et à l'exercice de la profession d'orthophoniste, il est stipulé dans l'article 4 que : *« La rééducation orthophonique est accompagnée, en tant que de besoin, de conseils appropriés à l'entourage proche du patient. »*

Dans le cas de la presbyphagie, l'orthophoniste a un rôle d'information particulièrement important. Il informe le patient et son entourage ainsi que le personnel médical sur les signes d'alerte, les facteurs favorisants et les conséquences de la presbyphagie sur la santé. Il informe sur la position et les postures à adopter pendant les repas pour faciliter la déglutition et réduire le risque de fausses routes. L'orthophoniste conseille également le patient et son entourage personnel et médical sur les différentes textures à favoriser ou au contraire à éviter.

L'information permet de prévenir l'arrivée ou la dégradation du trouble. De même, informer le patient permet de le rendre actif dans sa rééducation et vigilant dans la surveillance de son état de santé. Elle constitue la base d'une action de prévention.

Outre son rôle d'information, l'orthophoniste intervient également auprès du patient pour effectuer des examens afin de dépister un éventuel trouble de la déglutition et d'en mesurer la gravité sur le plan médical ainsi que sur le plan social.

### 2.2.2. Le Bilan.

Le bilan permet de diagnostiquer la présence d'un trouble de la déglutition et d'en mesurer la gravité sur la santé du patient ainsi que l'impact sur sa vie sociale. Le bilan se fait en deux temps. Le premier temps est consacré au recueil des renseignements administratifs ainsi que des informations liées au(x) motif(s) de consultation et à la plainte du patient. Le second temps consiste en un examen clinique du patient, qui permet de faire un constat de l'état de santé global ainsi que de la présence et de la gravité du trouble. Le bilan débouche sur un temps d'information du patient et de son entourage ainsi que la pose d'un diagnostic et l'établissement d'un plan thérapeutique.

#### 2.2.2.1. L'anamnèse.

D'après le dictionnaire d'orthophonie (BRIN-HENRY & al., 2011), l'anamnèse désigne : « *l'ensemble des renseignements recueillis sur le patient et son trouble, généralement au moyen d'entretiens menés avec la personne qui vient consulter et/ou son entourage proche* ».

L'anamnèse est un temps important du bilan qui donne lieu à un premier contact entre le patient et l'orthophoniste et qui permet de mettre en place une relation thérapeutique nécessaire au bon déroulement de la rééducation. C'est aussi un temps qui permet à l'orthophoniste d'en apprendre plus sur son patient, son trouble, ses antécédents familiaux, son motif de consultation ainsi que sa plainte. L'anamnèse permet également de voir la motivation du patient, s'il est prêt à suivre une rééducation et s'il est réceptif aux conseils et aux informations donnés par l'orthophoniste au cours du bilan.

Dans le cadre de l'anamnèse d'un bilan de la déglutition, l'orthophoniste centrera ses questions autour de la déglutition du patient. Elles s'adresseront au patient mais aussi à son entourage qui sera susceptible d'étayer les réponses données par le patient lui-même. Ces questions sont importantes afin d'aboutir au diagnostic et d'élaborer le plan thérapeutique qui permettra la rééducation ou le maintien de la fonction de déglutition.

Cet interrogatoire porte sur :

-l'histoire des symptômes, leur mode d'installation et les circonstances dans lesquelles ils sont apparus.

-les difficultés rencontrées par le patient lors des repas : s'il ressent une douleur ou une gêne lors de la déglutition, la présence d'une toux, une modification de la voix après avoir dégluti, une sensation de blocage ou une gêne respiratoire, un bavage, un reflux alimentaire...

-l'attitude du patient face à l'alimentation : éprouve-t-il un sentiment d'angoisse, appréhende-il les repas, y a-t-il une perte du plaisir de manger...

-le type d'aliments actuellement mangé par le patient, la façon dont se passe le repas : quelles sont les textures des aliments qu'il mange, y a-t-il des aliments plus difficiles à prendre, fractionne-t-il ses prises alimentaires au cours de la journée, la durée des repas s'est-elle allongée...

-l'état général de santé du patient, qui pourrait constituer des facteurs favorisants ou aggravants : est-ce que le patient a perdu du poids, a-t-il des infections pulmonaires, a-t-il des problèmes dentaires (dents cariées ou manquantes, dentier...), souffre-t-il d'un reflux gastro-œsophagien (RGO)...

-l'attitude du patient face à ses troubles : comment vit-il au quotidien avec ses troubles, quel impact sur sa vie sociale ont ses troubles, notamment pendant les repas, a-t-il tendance à s'isoler pendant les repas...

Une fois l'anamnèse terminée, l'orthophoniste fera passer la deuxième partie du bilan qui consiste en un examen clinique du patient.

#### 2.2.2.2. L'évaluation clinique du patient.

Tout d'abord, l'orthophoniste regarde le patient dans sa globalité afin d'observer la façon dont il se tient et la posture qu'il adopte en position assise. Il vérifie la mobilité des cervicales, des articulations temporo-mandibulaires, de la ceinture scapulaire et du diaphragme. Il contrôle également quelle est l'amplitude d'ascension du larynx et la mobilité de l'os hyoïde grâce à la palpation au moment de la déglutition de la salive. Il est important d'observer la qualité de

salivation et s'il y a présence d'un bavage, ainsi que de noter la qualité de l'hygiène bucco-dentaire du patient (a-t-il des dents cariées ou manquantes, a-t-il un dentier mal adapté qui entraînerait des difficultés de mastication et donc de déglutition...).

L'examen clinique se poursuit par l'évaluation de la sensibilité exo et endobuccale, ainsi que de la motricité musculaire par le biais d'un examen praxique. L'orthophoniste demande au patient de réaliser des actions volontaires comme tousser, racler sa gorge et avaler sa salive afin de voir si ces actions sont possibles. Il teste ensuite le réflexe nauséeux. Ce réflexe a pour objectif d'aider à expulser les aliments jugés « non-sécuritaires » par notre corps et il est déclenché habituellement quelque part sur la langue. Si ce réflexe nauséeux est exacerbé, cela peut entraîner des troubles alimentaires, allant parfois jusqu'à des vomissements. Un réflexe nauséeux exacerbé est dû à une hypersensibilité des organes du goût et de l'odorat. Une difficulté de mastication peut entraîner un réflexe nauséeux, puisque le bolus alimentaire ne sera pas homogène.

Enfin, l'orthophoniste termine son examen clinique par des essais alimentaires de solides et de liquides. Ces essais alimentaires se font en présence d'un médecin oto-rhino-laryngologiste (ORL) utilisant un fibroscope. L'orthophoniste propose dans un premier temps des liquides épaissis, comme de la compote ou des yaourts, puis il propose au patient un verre d'eau avec du sirop. Viennent ensuite les essais avec un aliment solide, comme des gâteaux. L'essai alimentaire permet d'examiner la capacité du patient à déglutir sur commande et le contrôle volontaire de la déglutition. On observe quel est le délai d'initiation de la phase orale et pharyngée. Cet essai permet de relever la présence ou non d'une toux ainsi que le moment de sa survenue (avant, pendant, après la déglutition), la présence d'un blocage, d'une dyspnée, de régurgitations orales ou nasales, de résidus buccaux, de fuites labiales du bolus, et/ou d'une modification de la voix (dysphonie, voix mouillée...).

Pendant cette évaluation clinique, l'orthophoniste tient compte de la fatigabilité du patient, celle-ci étant un facteur favorisant de fausses routes.

#### 2.2.2.3. Diagnostic de la presbyphagie.

Selon RUGLIO (2012), deux professionnels sont amenés à poser le diagnostic de trouble presbyphagique :

- le médecin (le plus souvent un médecin ORL), qui dispose, en plus de son examen clinique, de plusieurs moyens d'exploration afin d'observer les différents temps de la déglutition :

o l'examen grâce à un nasofibroscope : la nasofibroscopie permet d'examiner la sensibilité et la motricité du carrefour aéro-digestif et d'observer la déglutition de la salive. Cela permet également d'observer s'il reste des stases suite aux essais de déglutition des différentes textures, ainsi que de repérer les fausses routes.

o l'examen de la déglutition par vidéofluoroscopie : cet examen permet de filmer la déglutition par radiographie. Le patient déglutit différentes textures recouvertes d'un produit favorisant le contraste, ce qui permet d'examiner les trois temps de la déglutition, de voir si le patient fait des fausses routes et quels effets ont les postures aidant à la déglutition. Contrairement à l'examen au fibroscope, l'examen par vidéofluoroscopie a pour avantage de permettre d'observer la phase pharyngée (PUISIEUX, 2016).

- l'orthophoniste, qui effectue une évaluation clinique de la déglutition, en fonctionnel et en analytique, ainsi qu'une évaluation « *de la parole, de la voix et des capacités de mouvement et de sensibilité de la bouche, de la face, de la gorge* » (RUGLIO, 2012).

L'analyse conjointe des résultats de l'observation des deux praticiens permet d'établir le diagnostic de presbyphagie et d'élaborer le plan thérapeutique afin de proposer au patient la prise en charge la plus adaptée.

### 2.2.3. La rééducation.

#### 2.2.3.1. Rééducation spécifique.

La rééducation orthophonique est axée sur plusieurs points. L'orthophoniste propose une rééducation spécifique composée d'exercices analytiques et fonctionnels. L'objectif des exercices analytiques est d'améliorer la motricité, la sensibilité et la sensorialité des muscles permettant le mécanisme de déglutition. Les exercices fonctionnels ont quant à eux pour but d'entraîner la fonction de déglutition en travaillant les structures nécessaires à celle-ci.

Pour ce faire, l'orthophoniste soumet au patient des exercices de praxies afin de renforcer la motricité et la tonicité bucco-linguo-faciale. Les gnosies visent à améliorer la sensibilité en bouche, notamment dans le but de rendre le réflexe de déglutition plus sensible, dans la mesure où le vieillissement normal concerne aussi les organes de la déglutition et provoque des

modifications au niveau laryngé, pharyngé et œsophagien qui favorisent les difficultés de déglutition. En présence d'une hypotonie ou d'une hypertonie, l'orthophoniste effectue des massages, par effleurements afin de stimuler ou par pressions pour détendre.

#### 2.2.3.2. Mise en place d'adaptations.

La première adaptation à mettre en place concerne le choix des textures des aliments : selon RUGLIO (2012), les liquides sont les plus difficiles à déglutir, car ils sont plus compliqués à contrôler et glissent dans le carrefour aéro-digestif. Viennent ensuite les aliments solides fragmentés qui vont soit glisser comme les liquides, soit coller et exigent donc une grande force de propulsion. Les textures mixtes et mélanges de textures (orange, pain trempé...) nécessitent une bonne coordination et des réflexes. Selon les possibilités du patient, on décidera si une texture doit être privilégiée entre lisse, mixé, mouliné, haché et entier.

En parallèle, d'autres adaptations sont mises en place, avec notamment l'apprentissage de postures de tête et de manœuvres de déglutition favorisant la déglutition.

Les postures de tête permettent de faciliter la propulsion du bol alimentaire et de renforcer la protection des voies respiratoires en modifiant la position du pharynx et du larynx.

- On propose au patient de placer sa tête en extension afin de faire descendre plus facilement le bolus. Cependant, cette posture implique d'importants risques de fausses routes et doit être réalisée prudemment.
- Le patient peut au contraire effectuer une flexion antérieure de la tête, ce qui « aide à maintenir le bolus dans la cavité buccale et permet à l'épiglotte d'adopter une position protégeant mieux les voies respiratoires » (CAPET et al., 2007).

Les manœuvres de déglutition permettent quant à elles de renforcer les mécanismes de protection des voies aériennes supérieures et de limiter les fausses routes lors des prises alimentaires. Les manœuvres n'ont pas toutes la même fonction, il existe des manœuvres de protection laryngée (telle que la manœuvre supra-glottique et la manœuvre super-supra-glottique), des manœuvres de vidange pharyngée (déglutition d'effort, manœuvre de Mendelsohn, double déglutition)...

### 2.2.3.3. Mise en place d'aménagements.

Enfin, l'orthophoniste propose des aménagements, en partenariat avec différents professionnels :

- un accompagnement du patient et de sa famille, en expliquant le trouble et ses conséquences, la conduite à tenir en cas de fausse route, les éléments à mettre en place lors du repas afin que celui-ci se déroule le plus sereinement possible pour le patient...
- l'installation du patient lors des repas : elle est primordiale, il faut éviter la position allongée et semi-allongée, qui favorisent l'ouverture des voies aériennes et donc empêchent la propulsion correcte du bolus. Le patient doit donc être assis, de préférence à une table dont la hauteur est adaptée.
- l'aménagement de l'environnement : il faut privilégier un environnement calme, sans distraction visuelle telle que la télévision, le mieux étant d'éviter « *toute distraction visuelle et auditive* » selon LACAU SAINT GUILY & al. (2005). De même, le patient doit éviter de parler lorsqu'il s'alimente, car cela entraîne des alternances de position du carrefour aéro-digestif entre ouverture pour respirer, fermeture pour déglutir et vibration des cordes vocales pour la parole.
- l'aménagement des ustensiles utilisés par le patient pour s'alimenter, tel un verre à encoche nasale, qui permet de boire le verre entièrement sans lever la tête pour le terminer, contrairement au verre à bec.

L'objectif principal de la rééducation est de préserver la santé du patient, d'une part en évitant autant que faire se peut les fausses routes, la dénutrition, la déshydratation et surtout une hospitalisation liée à des pneumopathies d'inhalation, d'autre part en proposant des compensations visant à améliorer la qualité de vie.

### 2.2.4. Une prise en charge interdisciplinaire.

De nombreux professionnels gravitent autour du patient présentant des troubles de la déglutition. Tous ont des rôles distincts mais doivent néanmoins se concerter et agir de concert afin de permettre au patient de bénéficier d'une prise en charge globale où les professionnels dialogueront pour adapter au mieux leurs objectifs (CRUNELLE & CRUNELLE, 2008).

Parmi ces professionnels de santé, nous allons retrouver :

- les médecins : ils assurent le suivi des patients afin d'évaluer l'évolution de leur état et servent de référent aux autres professionnels.
- l'orthophoniste : il évalue et rééduque les troubles de l'alimentation et a un rôle d'information auprès du patient et de son entourage et de prévention auprès de la population.
- l'ergothérapeute : il aide le patient à conserver son autonomie lors des repas, notamment par la mise en place d'ustensiles facilitant les prises alimentaires.
- le masseur-kinésithérapeute : il a pour rôle d'aider le patient à trouver les postures qui lui sont les plus adaptées, à travailler les éventuels problèmes respiratoires et à travailler sur le tonus scapulaire et au niveau du cou.
- le diététicien : il agit principalement en collaboration avec le médecin et l'orthophoniste afin de définir quel régime alimentaire est le plus adapté à chaque patient selon ses troubles.
- le psychologue : les conséquences de la presbyphagie sur le moral des patients sont souvent néfastes et nécessiteront parfois un suivi psychologique afin d'aider les personnes à accepter et comprendre leur trouble.

Le partenariat entre les différents intervenants est primordial dans la prise en charge du patient presbyphagique. C'est la cohésion de l'équipe médicale et paramédicale qui assure le maintien d'une alimentation la plus efficiente possible afin d'améliorer au mieux la qualité de vie du patient en essayant de lui faire retrouver un certain plaisir à manger.

Au vu de ceci, et en cohérence avec les éléments du mémoire de Géraldine USQUELIS, nous développerons notre action de prévention par le biais des médecins généralistes.

# **MÉTHODOLOGIE**

# 1. ÉMERGENCE DU SUJET

## 1.1. Intérêt personnel pour le sujet.

Durant nos stages, nous avons toutes les deux pu assister à la prise en charge de patients âgés. Ces patients étaient le plus souvent porteurs d'atteintes neurologiques ou ORL et rencontraient l'orthophoniste dans le but de réhabiliter les fonctions touchées, dont la déglutition.

Lors de nos stages de neurologie, effectués dans les services de Médecine Physique et Réadaptation de l'Hôpital Legouest de Metz et de l'hôpital de Bar-le-Duc, nous avons été confrontées à des patients atteints de troubles de la déglutition et nous avons pu observer leur impact sur la qualité de vie. De même, nous avons réalisé un stage auprès de Mme HENRY, dans le service ORL du Centre Hospitalier Régional Universitaire de Brabois, qui a conforté ce constat.

Nous avons alors choisi d'orienter notre mémoire sur le thème de la dysphagie, et plus précisément sur la presbyphagie, car il nous est apparu que les patients étaient souvent démunis face à ce trouble et manquaient d'informations sur sa prise en charge. Le personnel médical était également peu informé des risques et des conséquences liées à cette pathologie.

Au cours de nos lectures, nous nous sommes aperçues que le sujet de la presbyphagie était peu abordé. Nous avons constaté qu'il existait peu de documentations sur le sujet. De plus, après en avoir discuté avec notre entourage, des médecins et des orthophonistes, la même question revenait : « Qu'est-ce que la presbyphagie ? ». En analysant le mot, les personnes en déduisent qu'il s'agit d'un problème de déglutition suite à un vieillissement normal, mais ils ne savent pas quelles conséquences cela entraîne, ni quels en sont les signes d'alerte et auprès de quels professionnels se tourner pour pallier les symptômes.

Le repas s'inscrit dans une activité sociale importante. En effet, il constitue un moment de plaisir partagé avec des proches. C'est donc bien plus que le plan médical qui est touché lors d'une altération de la déglutition. Ces difficultés de déglutition entraîneront progressivement un repli sur soi de la personne concernée.

La presbyphagie est une pathologie que l'on rencontre de plus en plus fréquemment en raison de l'allongement de l'espérance de vie de la population. Malgré cela, elle reste peu connue. Or, si elle n'est pas prise en charge, cette pathologie peut avoir des conséquences importantes sur la santé et sur la qualité de vie des patients vieillissants. C'est pour cela qu'il nous paraît important de s'y intéresser et de poursuivre l'étude commencée par Géraldine USQUELIS en 2015, qui établissait un état des lieux des connaissances des médecins et personnes âgées concernant la presbyphagie.

## **1.2. Émergence de la problématique.**

Notre travail se place dans la continuité du mémoire de fin d'études réalisé par Géraldine USQUELIS en 2015 : « Presbyphagie : état des lieux des connaissances des signes d'alerte et des risques chez les personnes âgées et les médecins », qui a mis en évidence le manque d'information des médecins concernant cette pathologie. Nous trouvions intéressant de poursuivre cette étude et nous nous sommes donc interrogées sur les informations dont disposaient les patients sur la presbyphagie. Il est apparu que les personnes âgées n'avaient pas ou très peu de connaissances sur ce trouble et que les médecins n'étaient pas toujours en mesure de détecter sa présence.

Dans le but de prolonger l'étude menée par Géraldine USQUELIS, nous avons décidé de viser le même public, c'est-à-dire les personnes âgées et les médecins en nous centrant sur les généralistes. Les conséquences de la presbyphagie pouvant être graves, tant sur le plan médical que sur le plan social, la nécessité d'expliquer et d'informer les patients d'abord, puis les médecins, qui constituent souvent le relais, nous semblait importante. En effet, cette démarche présente un double intérêt : en étant plus informés sur la presbyphagie, les médecins généralistes seraient ainsi à même de détecter plus précocement un trouble presbyphagique et donc d'orienter plus rapidement les patients vers une prise en charge adaptée, tandis que les patients ayant été informés pourraient se questionner et en parler avec leur médecin.

C'est dans cette optique que nous avons opté pour la création de plusieurs outils : un questionnaire de prise de conscience permettant d'évaluer les connaissances des patients sur la presbyphagie ainsi qu'un questionnaire d'auto-évaluation favorisant le dépistage des personnes présentant des risques de troubles presbyphagiques. En parallèle, nous avons également souhaité proposer un outil d'informations aux médecins généralistes lors d'un entretien.

## **2. BUT DE L'ÉTUDE RÉALISÉE**

### **2.1. Problématique.**

En nous basant sur les résultats obtenus par Géraldine USQUELIS en 2015, il apparaît qu'une action de prévention concernant la presbyphagie se justifie au vu du manque d'information vis-à-vis de cette pathologie. En effet, son questionnaire auto-administré à destination des personnes âgées et son entretien semi-directif auprès de médecins, ayant pour objectif de faire un état des lieux sur les connaissances sur la presbyphagie, révèlent tous deux une méconnaissance de cette pathologie.

De ce fait, dans le but de prévenir et informer les personnes âgées et les médecins généralistes sur les facteurs de risques, les facteurs favorisants et les conséquences de la presbyphagie, *nous nous proposons d'élaborer un questionnaire d'auto-évaluation de la presbyphagie, dans un but de dépistage et de sensibilisation, destiné à être diffusé au cours d'une action de prévention de la presbyphagie par le biais des médecins généralistes.*

### **2.2. Hypothèses et objectifs de travail.**

Nous avons émis quatre hypothèses théoriques. Pour les valider et parvenir à résoudre notre problématique, nous avons posé plusieurs hypothèses pratiques :

**1/ Hypothèse théorique 1 : Le questionnaire doit être modélisé pour permettre une auto-évaluation de la déglutition.**

Pour valider notre première hypothèse théorique, nous avons posé l'hypothèse pratique suivante : montrer que cette modélisation est réalisable à partir des données de la littérature, de la recherche et de la clinique. Pour se faire, nous nous appuierons sur les ouvrages de RUGLIO pour la conception des items de l'auto-évaluation et sur les apports des mémoires.

**2/ Hypothèse théorique 2: Le questionnaire d'auto-évaluation doit être validé comme outil de prévention secondaire.**

Pour valider cette seconde hypothèse, nous avons émis trois hypothèses pratiques : la première vise à montrer que le questionnaire d'auto-évaluation est reproductible. Pour se faire, nous procéderons à la réalisation d'une double passation à J0 et J+30.

La seconde hypothèse pratique vise à montrer que le questionnaire d'auto-évaluation est intrinsèquement valide. Nous procéderons aux calculs de la sensibilité et de la spécificité grâce à la corrélation des résultats et à un bilan de déglutition clinique.

Enfin, la troisième hypothèse pratique vise à montrer que le questionnaire d'auto-évaluation est acceptable. Nous procéderons à une évaluation qualitative de la longueur, du niveau de langage et de la présentation.

### **3/Hypothèse théorique 3 : Le questionnaire d'auto-évaluation permet une sensibilisation du groupe test à la presbyphagie.**

Cette troisième hypothèse théorique sera validée par l'hypothèse pratique suivante : montrer que le niveau de conscience des troubles presbyphagiques a augmenté après la passation.

Pour cela, nous modéliserons un questionnaire de prise de conscience initial et final permettant d'effectuer une comparaison des connaissances avant et après la passation de l'auto-évaluation.

### **4/ Hypothèse théorique 4 : Une action de prévention pilote de la presbyphagie basée sur le questionnaire d'auto-évaluation est réalisable par le biais des médecins généralistes.**

Pour valider cette hypothèse théorique, nous avons émis deux hypothèses pratiques : la première vise à proposer un outil d'informations sur la presbyphagie à destination des médecins généralistes afin d'accompagner la proposition du questionnaire d'auto-évaluation aux patients. Nous justifierons méthodologiquement la pertinence de cet outil grâce aux recommandations de la HAS et à l'avis de médecins.

La seconde hypothèse pratique vise à montrer que le questionnaire d'auto-évaluation est adapté et acceptable pour les médecins généralistes. Pour cela, nous proposerons une diffusion test par un panel de médecins généralistes qui feront passer le questionnaire d'auto-évaluation en situation. Puis, nous modéliserons un questionnaire semi-ouvert afin de recueillir l'avis des médecins généralistes quant à la pertinence de nos outils.

### **3. MÉTHODES ET MOYENS**

#### ***1<sup>ère</sup> Partie : Questionnaires à destination des personnes âgées.***

##### **3.1. Critères d'inclusion et d'exclusion dans le choix des personnes âgées.**

Sont incluses dans notre étude des personnes âgées de plus de 70 ans, sans antécédent de cancer ORL, sans atteintes neurologiques et ayant de bonnes capacités cognitives.

En nous basant sur la définition de la presbyphagie, nous pouvons en effet exclure les personnes présentant une pathologie indépendante du vieillissement normal et pouvant avoir pour conséquence un trouble de la déglutition.

Nous avons constitué une cohorte de 31 personnes ayant de 70 à 95 ans, afin que cet échantillon soit le plus représentatif possible. Nous avons au début choisi l'âge minimum de 65 ans, mais, avec l'augmentation de l'espérance de vie et donc par conséquent du vieillissement de la population, les personnes sont désormais dites « âgées » à partir de 70 ans.

Pour notre étude, nous avons sollicité des personnes tout-venant, des personnes résidant dans une maison de retraite, ainsi que des personnes issues du service de Soins de Suite et de Réadaptation de Flavigny.

Concernant les antécédents, nous avons choisi d'exclure les maladies touchant la sphère ORL et les atteintes neurologiques car, même sur le long terme et après un traitement, nous ne serons pas en mesure de savoir si les difficultés de déglutition sont le signe d'une presbyphagie ou les séquelles de l'atteinte.

Enfin, nous avons souhaité que notre population ait des capacités cognitives relativement préservées afin d'obtenir des réponses fiables au questionnaire d'auto-évaluation et travailler sur des résultats les plus précis possibles.

##### **3.2. Questionnaire d'auto-évaluation.**

Le questionnaire d'auto-évaluation a été créé pour donner une vue d'ensemble de la qualité et de l'efficacité de la déglutition. Il a pour but de sensibiliser les personnes quant aux facteurs de risques et aux conséquences d'un trouble de la déglutition dans une optique de dépistage. Ce questionnaire repose sur des faits théoriques précis, et permet de donner une idée de la qualité et de l'efficacité de la déglutition des personnes évaluées.

### 3.2.1. Élaboration de l'auto-évaluation.

#### 3.2.1.1. Élaboration des questions et de l'échelle.

L'auto-évaluation est constituée de 21 items qui permettent chacun de mettre en évidence un potentiel trouble de déglutition et d'en évaluer la gravité ou l'avancement. Ces items sont répertoriés selon trois parties :

Les signes évocateurs des troubles de la déglutition :

- Item 1 : « Il reste des aliments dans votre bouche après avoir avalé » : Une réponse positive à cet item avec une fréquence importante signale des difficultés à déglutir nécessitant plusieurs essais.
- Item 2 : « Vous ressentez une douleur, une gêne, un blocage en avalant » : Il s'agit de trois signes spécifiques d'un trouble de la déglutition.
- Item 3 : « Vous constatez une modification de votre voix après avoir dégluti » : Une voix mouillée, enrouée indique, dans certains cas, la présence de fausses routes qui ne seront pas nécessairement toussées.
- Item 4 : « Vous faites des fausses routes (avalier de travers) lors des repas ou peu de temps après » : Bien qu'une fausse route n'implique pas la présence d'un trouble, leur présence récurrente à divers moments du repas doit être notée.
- Item 5 : « Vous avez besoin de déglutir plusieurs fois d'affilée et de garder les aliments en bouche plus longtemps » : Cet item rejoint l'item 1, il s'agit de voir si la personne a besoin d'effectuer un effort important pour déglutir et si de ce fait, elle a besoin de plus de temps.
- Item 6 : « La durée de vos repas augmente » : Nous partons de l'hypothèse d'une augmentation du temps passé à table due à des difficultés à avaler et non à un autre trouble ou à un manque d'appétence.
- Item 7 : « Vous séparez vos repas en plusieurs collations tout au long de la journée » : Là encore, il s'agit d'un signe aspécifique d'un trouble de la déglutition que l'on pourra retrouver chez des personnes saines. Cependant, une fraction des repas est révélatrice d'une fatigabilité due aux efforts trop importants que nécessite un repas complet.
- Items 8 et 9 : « Il arrive que des aliments ou des liquides passent par le nez » et « Lorsque vous mangez, vous notez des fuites d'aliments et/ou de boissons par la bouche » : ces deux

items nous renseignent sur la présence de fuites buccales et/ou d'un reflux nasal, qui sont des signes spécifiques d'un trouble de la déglutition.

- Item 10 : « Vous souffrez d'un encombrement respiratoire qui n'est pas lié au tabagisme, à l'asthme ou à une allergie » : une gêne respiratoire est parfois la conséquence de l'inhalation répétée de particules alimentaires qui pénètrent dans les poumons et provoquent des infections pulmonaires appelées pneumopathies d'inhalation.

Les facteurs favorisant les troubles de la déglutition :

- Item 11 : « Vous avez des difficultés à mastiquer » : Des soucis dentaires seront parfois à l'origine de l'abandon de certaines textures et aliments, d'une augmentation du temps des prises alimentaires et de difficultés à déglutir puisque le bolus ne sera pas homogène.
- Item 12 : « Il vous arrive de négliger le brossage de dents » : Une mauvaise hygiène bucco-dentaire favorisera la détérioration des dents et les pathologies occasionnées auront un impact direct avec l'alimentation puisqu'elles endommageront la cavité buccale.
- Item 13 : « Vous manquez de salive, ou celle-ci est anormale » : Une modification quantitative et/ou qualitative de la salive aura des répercussions sur l'efficacité du mécanisme de déglutition.
- Item 14 : « Vous avez des remontées acides (RGO : reflux gastro-œsophagien) » : Les brûlures répétées de l'œsophage, dont les muqueuses ne sont pas protégées de l'acide gastrique contrairement à celles de l'estomac, vont rendre la déglutition douloureuse.

Les conséquences des troubles de la déglutition :

- Item 15 : « Vous êtes déshydraté à cause d'une difficulté à déglutir » : La déshydratation a une double teneur, elle peut à la fois être cause et conséquence. En l'absence d'une hydratation régulière, l'œsophage ne sera pas suffisamment lubrifié et le passage du bolus se fera plus difficilement. De même, la déshydratation sera aussi la conséquence d'une difficulté à déglutir qui limitera la possibilité de réhydrater l'œsophage.
- Item 16 : « Vous avez souffert d'infections pulmonaires » : Cet item complète l'item 10 quant à la présence éventuelle de pneumopathies d'inhalation.
- Item 17 et 18 : « Prendre un repas est une source d'angoisse » et « Vous vous isolez lors des repas » : Nous nous intéressons aux répercussions sociales et psychologiques qu'a la presbyphagie.

- Item 19 : « Si vous faites une fausse route, vous ressentez une sensation d'asphyxie » : Une fausse route à des degrés de gravité différents, selon si c'est de la salive, un liquide, un semi-liquide ou un solide qui en est la cause.
- Item 20 : « Vous avez été hospitalisé suite à une fausse route importante » : Les complications d'une pneumopathie d'inhalation aboutiront parfois à une hospitalisation.
- Item 21 : « Votre poids est en augmentation, stable, en légère diminution (<3kg de votre poids sur 3 derniers mois) ou en forte diminution (>3kg de votre poids sur 3 derniers mois) » : Ce dernier item permet de voir s'il y a eu une variation importante du poids pouvant alerter les praticiens sur l'alimentation de la personne.

A la fin du questionnaire nous avons laissé quelques lignes libres afin que les personnes évaluées puissent préciser s'ils rencontrent des difficultés qui ne seraient pas abordées dans le questionnaire, ou bien préciser avec quel type de texture ils sont le moins à l'aise pour déglutir.

Afin de permettre une évaluation des personnes la plus précise possible, nous avons élaboré deux échelles de 1 à 4. La première échelle concerne la partie portant sur les signes évocateurs et sur les facteurs favorisant les troubles de la déglutition et elle se répartit de la façon suivante :

- 1 : jamais = avec aucun aliment et/ou texture ; à aucun moment.
- 2 : de temps en temps = avec certains aliments et/ou textures ; de façon ponctuelle et assez rare.
- 3 : fréquemment = avec de nombreux aliments et/ou textures ; à fréquence élevée.
- 4 : quasiment toujours = avec tous les aliments ou presque tous les aliments et/ou textures ; à fréquence très élevée.

La seconde échelle concerne la partie sur les conséquences des troubles de la déglutition. Ces questions nécessitant une échelle spécifique ne nous ont pas permis de réutiliser l'échelle précédente. Cette échelle s'organise de la manière suivante :

- 1 : jamais = à aucun moment
- 2 : de temps en temps = de façon ponctuelle et assez rare.
- 3 : fréquemment = à fréquence élevée.
- 4 : quasiment toujours = à fréquence très élevée.

Nous avons volontairement omis la proposition d'une réponse médiane qui aurait biaisé la fiabilité des résultats.

Les items sont proposés sous une forme affirmative et les patients tenteront d'y répondre le plus fidèlement possible en cochant la case souhaitée correspondant aux échelles mentionnées ci-dessus.

Les termes médicaux ont été simplifiés de manière à être compris par une population tout-venant. De même, nous avons limité le nombre de questions afin de rendre le questionnaire clair et concis, permettant ainsi une passation rapide.

Pour accompagner le questionnaire, nous avons joint à ce dernier une lettre explicative, adressée aux patients, dans laquelle nous expliquons les objectifs de notre étude, et les objectifs des questionnaires.

#### 3.2.1.2. Phase de pré-test.

Nous avons réalisé une phase de pré-test auprès de deux personnes afin de recueillir leur avis et de vérifier que le questionnaire était réalisable. Ce pré-test nous a permis d'apporter quelques modifications à notre questionnaire afin de le rendre plus accessible et mieux adapté au public concerné.

De cette phase de pré-test, il est ressorti que :

- Il faudrait ajouter à la fin du questionnaire d'auto-évaluation, un espace qui permettrait aux personnes de noter d'éventuelles remarques ou précisions.
- Dans l'item initial : « vous souffrez d'un encombrement respiratoire qui n'est pas lié au tabagisme », il nous est apparu qu'il fallait préciser qu'on ne tenait pas compte d'autres pathologies telles que l'asthme ou une allergie.
- Il faudrait préciser dans l'item concernant le RGO que seules les remontées acides sont prises en compte.
- Concernant l'item « déshydratation », il a fallu préciser qu'elle était due à des difficultés à déglutir et non pas seulement à une faible consommation d'eau dans la journée.
- Il était utile de fournir des explications supplémentaires sur les modifications possibles de la voix suite à une fausse route.

### 3.2.2. Validation du questionnaire d'auto-évaluation.

Pour valider notre questionnaire d'auto-évaluation, nous procéderons au dépouillement des résultats. Nous noterons le nombre de personnes ayant répondu 1, 2, 3 ou 4 à chaque proposition afin de pouvoir calculer et mettre en évidence le pourcentage de réponses aux différents items. Les participants bénéficieront alors d'un bilan de déglutition afin d'objectiver ou non la présence d'un trouble presbyphagique et de confronter ces résultats aux retours des questionnaires. Le bilan de déglutition sera effectué par deux orthophonistes. Ces résultats seront explicités dans la partie analyse et synthèse.

## **3.3. Questionnaire de prise de conscience.**

### 3.3.1. Élaboration du questionnaire de prise de conscience.

Nous avons élaboré un questionnaire de prise de conscience ayant pour objectif d'observer le niveau de connaissances concernant la presbyphagie et ses conséquences chez les personnes testées. Le but de ce second questionnaire était de permettre d'établir une comparaison entre les connaissances avant la passation du questionnaire d'auto-évaluation, mais aussi après, afin de voir si notre questionnaire avait apporté de nouvelles notions.

#### 3.3.1.1. Élaboration des questions et de l'échelle.

Afin de répondre à notre objectif et en nous inspirant d'un questionnaire élaboré par Delphine ARNOULD, nous avons modélisé un questionnaire de prise de conscience, que nous avons proposé en initial et en final lors de la passation à J0 de l'auto-évaluation.

Les personnes testées commençaient donc par remplir le questionnaire de prise de conscience initial, puis l'auto-évaluation et terminaient avec le questionnaire de prise de conscience final. Cette passation du questionnaire de prise de conscience avant et après l'auto-évaluation nous permet de comparer au mieux les réponses données par les sujets testés à un instant T.

Tout comme dans le questionnaire d'auto-évaluation, les items étaient proposés sous une forme affirmative afin de limiter les réponses évasives.

Le questionnaire de prise de conscience comporte sept items interrogeant sur la presbyphagie :

- Item 1 : « La presbyphagie est un trouble de la déglutition lié à l'âge » : Nous commençons par aborder le terme de presbyphagie dans sa globalité, afin de voir s'il est connu des personnes testées.
- Item 2 : « Il existe des signes évocateurs de la presbyphagie » : Dans cet item, en plus de l'échelle numérique, nous laissons à la personne testée la possibilité d'écrire certains signes pouvant selon elle évoquer une presbyphagie.
- Item 3 : « Les symptômes de la presbyphagie peuvent être graves » : Cet item a pour objectif de voir si certaines personnes sont informées des symptômes occasionnés par un tel trouble.
- Item 4 : « Une prise en charge est nécessaire » : Là encore, le but est de voir si les personnes âgées savent qu'une prise en charge est préconisée en présence d'une presbyphagie.
- Item 5 : « Les médecins ORL et les orthophonistes sont les professionnels aptes à évaluer et prendre en charge les troubles de la déglutition » : Si une prise en charge est effectivement recommandée, les personnes âgées savent-elles cependant auprès de quels professionnels elles pourront se diriger ?
- Item 6 : « Il existe des éléments favorisant les troubles de la déglutition » : Les personnes testées en connaissent-elles certains ? Et si oui, nous les laissons préciser lesquels.
- Item 7 : « Les troubles de la déglutition entraînent des conséquences importantes sur la santé et sur la qualité de vie » : La population est-elle informée de ces conséquences ? Là aussi, un espace est mis à disposition afin d'annoter le questionnaire.

Pour obtenir les réponses les plus précises possibles, nous avons créé une échelle allant de 0 à 3 pour chaque item, en laissant à certains endroits de la place pour que les personnes testées puissent développer leurs réponses. Utiliser une échelle numérique nous a permis de diminuer le biais de désirabilité qu'aurait induit une échelle type oui/non ou je sais/je ne sais pas. Les propositions de réponses étaient les suivantes :

0 : Je ne suis pas informé(e).

1 : J'en ai entendu parler sans pour autant avoir des informations concrètes.

2 : J'ai des informations et quelques connaissances générales.

3 : Je suis sensibilisé(e) et suffisamment informé(e).

Nous avons veillé à ce que le questionnaire ne comporte pas de question piège. Toutes sont vraies et n'ont pas pour but d'évaluer la personne testée, mais simplement de faire un état des lieux de ses connaissances avant et après l'auto-évaluation.

#### 3.3.1.2. Phase de pré-test.

Après la phase de pré-test, il est ressorti que l'ordre de passation des questionnaires de prise de conscience initial et final n'était pas clair pour les patients. Ces derniers ne comprenaient pas toujours pourquoi il fallait répondre une deuxième fois à un questionnaire identique. De plus, ils n'avaient pas compris dans quel ordre il fallait passer ces différents questionnaires.

Pour pallier les difficultés rencontrées, nous avons décidé de rédiger une lettre explicative adressée aux patients testés, leur permettant de comprendre précisément les objectifs des différents questionnaires ainsi que l'ordre dans lequel ils devaient y répondre. Cette lettre explicative était distribuée aux patients en même temps que les questionnaires de prise de conscience et le questionnaire d'auto-évaluation.

### **3.4. Modalités de passations.**

Nous verrons dans cette partie que les passations se sont déroulées de différentes manières en fonction de l'âge plus ou moins avancé des patients et des lieux dans lesquels ils se trouvaient au moment de la passation.

#### 3.4.1. Entretiens téléphoniques.

Pour certaines passations des questionnaires, nous avons eu recours à des entretiens téléphoniques pour les personnes ne résidant pas en région Lorraine. Les entretiens téléphoniques s'adressaient à des personnes « tout-venant » qui étaient autonomes et qui étaient capables de répondre par elles-mêmes aux questions.

Ces entretiens téléphoniques étaient réalisés soit par nous-mêmes, ou alors par les proches des personnes testées.

Avant l'entretien téléphonique, la personne testée recevait par voie postale ou par courrier électronique un exemplaire de chacun des questionnaires ainsi que la lettre explicative.

Au moment de la passation par téléphone, la personne avait le questionnaire sous les yeux et c'est le testeur qui cochant les réponses sélectionnées par la personne testée.

### 3.4.2. Entretiens en présence des personnes testées.

Certaines passations ont été réalisées par des proches auprès des membres de leur famille vivant en Lorraine. Pour cela, nous avons remis les différents questionnaires ainsi que la lettre explicative aux proches qui ont accepté de jouer le rôle de testeurs auprès de leur entourage. Ils ont procédé aux passations en lisant les questions aux personnes testées et en cochant les réponses données par ces dernières.

Nous avons également réalisé des passations de questionnaires auprès de patients au sein du service de Soins de Suite et de Réadaptation de Flavigny ainsi que dans une maison de retraite. Pour ce faire, nous nous sommes rendues au chevet des personnes afin de leur proposer nos questionnaires.

### 3.4.3. Prise de contact avec le Service de Soins de Suite et de Réadaptation de Flavigny.

Pour notre étude, une partie de notre panel de patients vient du SSR de Flavigny. Pour cela nous avons dû prendre contact avec les médecins du service et obtenir l'autorisation de venir effectuer nos passations.

#### 3.4.3.1. Rencontre avec les médecins du SSR et choix des patients.

La prise de contact s'est faite par téléphone avec le médecin qui nous a permis de venir au SSR avec l'autorisation de la Cadre de Santé et du Directeur de l'établissement. Lors de notre première rencontre au sein de l'établissement, le médecin nous a remis une liste des patients hospitalisés répondant à nos critères afin que nous puissions effectuer nos passations de questionnaires. Cette liste contenait onze patients, malheureusement, nous n'en avons vu que neuf en raison des contraintes liées au suivi médical de ces patients (séances de kinésithérapie, visites des proches, soins infirmiers...). Afin d'avoir le temps d'effectuer nos passations correctement, nous sommes venues deux fois dans le service.

### 3.4.3.2. Passation des questionnaires auprès des patients sélectionnés.

Nous avons fait le choix de toujours nous rendre à deux auprès des patients. Bien que cette option ait pour inconvénient d'être plus chronophage et puisse parfois surprendre les patients, elle avait de nombreux avantages. Cela nous a en effet permis de nous répartir le travail de façon à ce que l'une de nous puisse noter les réponses des personnes testées, qui n'étaient parfois pas en mesure d'écrire, tandis que la seconde observait le patient dans sa globalité : posture, voix, déglutition... Ce qui nous a notamment permis d'ajouter des annotations personnelles complétant l'auto-évaluation faite par le patient. Nous avons jugé que le fait d'écrire nous-mêmes sur les questionnaires les réponses données par les personnes testées n'entraîne pas en conflit avec notre méthodologie, l'important étant de recueillir leurs réponses, que ce soit eux ou nous qui les écrivions.

Lors de la passation des questionnaires, nous avons été confrontées à plusieurs difficultés. Tout d'abord, l'âge des patients. Nous avons en effet rencontré des patients de 70 ans encore très dynamiques, mais également des personnes très âgées face auxquelles nous avons dû gérer une importante fatigabilité. Cela nous a obligées à nous adapter à chaque nouvelle personne rencontrée et à modifier notre approche selon d'autres éléments.

Effectivement, outre l'âge, nous avons aussi rencontré des personnes souffrant d'un handicap sensoriel. Notre manière d'entrer en contact était donc différente avec un patient ayant par exemple d'importants soucis auditifs.

De même, le caractère des patients rendait nos échanges plus ou moins long. Nous avons ainsi passé plus d'une heure avec une patiente digressant beaucoup et à peine dix minutes avec d'autres. La durée moyenne de chaque visite en chambre était de 20 à 30 minutes.

Nous avons d'autre part fait face aux contraintes liées au lieu. Effectuer nos passations au sein d'un service hospitalier, auprès de patients malades, imposait d'autres exigences qu'auprès de personnes « tout-venant ». Le passage du personnel médical et les visites des proches nous ont imposé un cadre de rencontre totalement différent.

En dépit de ces difficultés, de nombreux points positifs sont à relever. En effet, bien que la majorité des personnes interrogées était persuadée de ne pas avoir de problème de déglutition, toutes ont accepté de nous répondre et nous ont accueillies avec gentillesse, ravies de pouvoir discuter et échanger. Beaucoup se sentaient concernés et faisaient des liens par rapport à leur entourage. Rapidement mis en confiance, ils se sentaient néanmoins rassurés lorsque nous leur

expliquions qu'il était « normal » de ne pas connaître la presbyphagie et que nous en parlions également avec les médecins, eux aussi peu sensibilisés à cette pathologie.

## ***2<sup>ème</sup> Partie : Action pilote de diffusion auprès des médecins généralistes.***

### **3.5. L'action de prévention pilote : administration de l'auto-évaluation par les médecins.**

Pour notre travail, nous avons décidé de sélectionner un panel constitué de 11 médecins issus de la région Lorraine et de la région Parisienne. Ces différents praticiens exercent en libéral et en structure :

- Un médecin travaille dans un cabinet libéral
- Un médecin travaille en libéral dans une maison médicale
- Neuf médecins exercent au Centre de Médecine Préventive

Ces médecins ont été sélectionnés suite à leur réponse positive à nos sollicitations. Pour réaliser cette étude, nous avons décidé de nous concentrer sur les médecins généralistes, puisque ces derniers représentent le premier interlocuteur des patients lors d'une démarche médicale. Nous nous sommes également tournées vers des médecins travaillant dans le domaine de la prévention, puisqu'ils étaient directement concernés par notre action. En effet, du fait que les actions de prévention leur soient familières, leurs avis sur le questionnaire d'auto-évaluation et l'outil d'informations seront d'autant plus intéressants. Toutefois, il convient de prendre du recul quant à leurs retours sur la réceptivité et le comportement des patients dans la mesure où, contrairement aux généralistes libéraux, le suivi est différent.

Dans l'objectif de notre travail, nous avons demandé à ces médecins de faire passer les questionnaires d'auto-évaluation à certains de leurs patients afin qu'ils nous donnent un retour sur la pertinence et la qualité de notre questionnaire.

Cette action de prévention pilote a pour objectif de sensibiliser les médecins à la presbyphagie et de les renseigner sur les signes évocateurs, les facteurs favorisants et les conséquences de la presbyphagie de manière à ce qu'ils soient en mesure de repérer les troubles dès

le début de leur apparition. Ils réorienteront ainsi les patients vers les professionnels spécialisés dans la déglutition pour leur permettre une prise en charge précoce.

### **3.6. Élaboration de l'outil d'informations.**

Le travail de Géraldine USQUELIS mettait en évidence un manque d'informations concernant la presbyphagie et une demande de la part des médecins d'être mieux renseignés quant à cette pathologie.

#### 3.6.1. Objectifs de l'outil d'informations.

L'outil d'informations a pour objectif de permettre aux médecins généralistes d'être mieux renseignés sur les principaux symptômes, les signes d'alerte et les conséquences de la presbyphagie. Cet outil doit permettre à ces derniers d'être efficaces dans le dépistage et/ou le diagnostic de ce trouble et de pouvoir jouer à leur tour un rôle préventif auprès des patients susceptibles de développer cette pathologie.

En effet, comme l'a montré Géraldine USQUELIS dans son mémoire intitulé « Presbyphagie : état des lieux des connaissances des signes d'alerte et des risques chez les personnes âgées et les médecins », les médecins n'ont que peu de renseignements et d'informations sur ce qu'est réellement la presbyphagie. Le travail mené par Géraldine USQUELIS a permis de mettre en évidence la demande des médecins d'être formés à cette pathologie encore peu connue du monde médical. L'objectif est donc de sensibiliser et de renseigner les médecins sur la presbyphagie pour que ces derniers puissent plus facilement et surtout plus rapidement repérer la presbyphagie dès ses premiers signes et en informer les patients.

L'outil d'informations a été conçu de manière à le rendre facile d'utilisation et rapidement consultable, toujours dans un souci d'optimiser le temps des médecins pour que, d'un simple coup d'œil, ils retrouvent l'information recherchée sans perdre de temps.

#### 3.6.2. Choix du support.

Pour modéliser cet outil d'informations, nous avons utilisé un support papier plastifié. Dans un premier temps, notre choix s'était porté sur la réalisation d'une plaquette d'informations, mais il semblait plus judicieux d'élaborer un outil concis qui soit facilement et rapidement consultable. Le choix de ce support nous a donc semblé intéressant puisqu'il permet de faire tenir les informations

importantes sur une seule page, cela dans le but de retrouver un élément de manière rapide et intuitive. Cette feuille plastifiée se retrouve rapidement et reste toujours à la disposition de son utilisateur (affichée dans la salle d'attente ou dans le bureau...).

### 3.6.3. Choix des informations.

Nous avons sélectionné les informations qui nous semblaient les plus pertinentes pour permettre aux médecins généralistes de synthétiser leurs connaissances dans le but de sensibiliser leur patientèle vieillissante et d'effectuer un premier dépistage.

#### 3.6.3.1. Recommandations de la Haute Autorité de Santé.

Pour élaborer notre outil, nous nous sommes appuyées sur les recommandations de la Haute Autorité de Santé (HAS) quant à l'élaboration d'outils sur support papier. La HAS met en avant quatre étapes :

- La préparation : cette étape consiste entre autre à :
  - Évaluer l'intérêt de concevoir un outil en identifiant la demande du public visé.
  - Identifier clairement le public visé par l'outil.
  - Définir le thème de l'outil et son objectif.
  - Rechercher les données qui s'intégreront dans le support au sein de la littérature.
  - Choisir le support semblant le plus adapté au public visé.
  - Planifier les modalités logistiques de diffusion (impression, lieux de diffusion...).
  
- La conception : elle consiste à définir le contenu du document grâce aux apports théoriques et à la littérature.
  - Définition de la structure (nombre de pages, emplacement des textes...).
  - Conception d'une première version afin d'en apprécier l'impact sur la lecture et la compréhension.
  - Rédaction du contenu en adaptant la forme, le niveau de langage...
  - Organisation de l'information grâce à une mise en page claire.
  
- Test et diffusion : cette étape permet de définir les modifications à apporter à l'outil au niveau de la forme et du contenu.
  - Évaluation de la compréhension et de la quantité d'informations.

- Évaluation de la lisibilité, de la présentation.
- Évaluation du caractère pratique du support.
  - Évaluation de l'impact du document : elle permet de vérifier si les objectifs de dépôts ont été atteints, notamment par la proposition d'un questionnaire permettant de recueillir l'avis du public ciblé.
- L'outil a-t-il répondu de manière pertinente aux attentes ?
- Le contenu a-t-il permis une de synthétiser les connaissances voire d'en apporter de nouvelles ?
- Avis quant aux conditions d'utilisation des différents outils (aspect pratique, utilité...).

Pour répondre au mieux à ces étapes, nous nous sommes basées sur :

- Les conclusions obtenues par Géraldine USQUELIS quant au manque de connaissances des médecins et à leur demande d'informations.
- Les écrits de V RUGLIO notamment, qui conforte les différentes assises théoriques que l'on retrouve au sein de la littérature.
- L'avis de praticiens issus du public visé par notre outil d'informations

### 3.6.3.2. Avis des médecins.

Pour nous aider à modéliser l'outil d'informations, nous avons recueilli l'avis de médecins concernant la mise en page des informations sur le support que nous avons sélectionné. Il est apparu qu'il était intéressant de raccourcir les phrases et de mettre les informations sous forme de tirets ou de puces afin de rendre le tout synthétique pour faciliter la lecture et la rendre efficace.

De même, nous avons ajouté des couleurs et modifié la police d'écriture (en gras, soulignée, variation de la taille) dans le but d'attirer l'attention sur les « mots-clés ». Nous avons également veillé à bien délimiter les différentes parties pour faciliter la recherche des éléments clés.

Les remarques de ces médecins corroborent les recommandations de la HAS concernant la rédaction et la présentation des informations.

- Au niveau sémantique :
  - Il est recommandé d'utiliser un langage courant, adapté au public visé.
  - Éviter d'utiliser des synonymes afin que le terme clef soit enregistré par les lecteurs.
  - Éviter les mots abstraits.
- Au niveau syntaxique :

- Produire des phrases courtes afin de mettre en évidence l'idée que l'on souhaite transmettre.
  - Supprimer les mots n'étant pas indispensables à la compréhension.
  - Éviter les formulations ambiguës.
- Au niveau de la structure :
    - Le titre doit être court afin d'interpeller le lecteur.
    - Décomposer le message principal en points clés.
    - Placer une phrase clé au début des sections pour faciliter le repérage et inciter à la lecture.
    - Hiérarchiser les informations (disposition, utilisation de sous-titres...) pour favoriser l'appropriation des messages.
- Au niveau graphique et visuel :
    - Choisir une dimension des caractères qui soit lisible.
    - Adapter la taille du texte pour mettre en avant les mots importants.
    - Adapter la longueur des phrases et les interlignes pour faire ressortir la structure.
- Au niveau de l'utilisation de la couleur :
    - La couleur favorise la valorisation d'un élément important.
    - L'emploi de couleurs rend le document plus attrayant et agréable à lire.
    - Privilégier l'utilisation de caractères foncés sur fond clair pour améliorer la visibilité.

### **3.7. Retours des médecins généralistes sur l'action de prévention pilote.**

#### 3.7.1. Objectifs du questionnaire médecins.

Le questionnaire modélisé pour les médecins généralistes a plusieurs objectifs nécessaires à la réalisation de notre travail. Le premier objectif est de permettre un retour des médecins afin de recueillir leurs avis concernant l'outil d'informations (notamment à propos de la pertinence des items, l'aspect pratique du support et le choix des informations sélectionnées) et l'auto-évaluation adressée aux patients (qu'en est-il de la faisabilité, de son contenu et de sa rapidité de passation). Ce questionnaire permettra également de recueillir les remarques que les patients leur auront faites concernant la passation de l'auto-évaluation. Ce questionnaire permet donc de recenser les avis et les remarques des médecins généralistes concernant la modélisation de l'outil d'informations ainsi

que du questionnaire d'auto-évaluation. Mais il permet également de voir si les connaissances apportées par l'outil d'informations ont été pertinentes et suffisantes.

Les avis et les remarques recueillis grâce au questionnaire auront pour but d'effectuer des modifications afin de préparer, à terme, une action de prévention dont la diffusion serait faite à plus grande échelle.

### 3.7.2. Élaboration du questionnaire médecins.

Afin de vérifier la pertinence de nos outils, nous les avons remis à 11 médecins généralistes pour tester notamment l'utilisation du questionnaire d'auto-évaluation par d'autres professionnels de santé. Ceux-ci disposaient donc d'une lettre explicative, de l'outil d'informations et de l'auto-évaluation qu'ils ont pu proposer à plusieurs de leurs patients.

Nous avons dans un second temps recueilli leurs remarques grâce à un questionnaire. Nous avons opté pour un questionnaire semi-ouvert composé de trois parties. Chaque partie contient les questions qui nous paraissaient essentielles afin que le questionnaire soit le plus succinct possible pour que les médecins y répondent rapidement.

Le choix d'un questionnaire composé de questions semi-ouvertes nous a paru le plus adapté aux réponses que nous souhaitions obtenir dans le cadre d'une étude qualitative. Ce dernier nous permet en effet, d'orienter les réponses des personnes interrogées autour de différents thèmes définis au préalable. Cette étude qualitative est menée sur un petit nombre de médecins et elle permet de mettre en évidence les nuances et la diversité tout en privilégiant le détail. Nous avons donc préféré étudier la qualité de nos outils et de notre démarche plutôt que d'explorer la quantité qui serait, cependant, intéressante à étudier dans un travail futur.

#### 3.7.2.1. Connaissances générales.

Nous avons commencé par proposer cinq questions en lien avec la presbyphagie. A chaque fois, les mots-clefs des items étaient écrits plus gros et en gras afin de capter l'attention.

- Item 1 : « A partir de quel âge considérez-vous un patient comme étant âgé ? » : Le vieillissement de la population a pour conséquence une modification de la tranche d'âge où les personnes sont considérées comme âgées. De plus, cette tranche d'âge diffère selon les praticiens et peut varier suffisamment de sorte qu'il sera parfois trop tôt pour parler de

presbyphagie chez une personne qui sera pourtant considérée comme âgée par son médecin traitant.

- Item 2 : « Avez-vous déjà été confronté à des patients présentant une presbyphagie ? » : Si le médecin a déjà eu dans sa patientèle ou dans son entourage des personnes souffrant de presbyphagie, il est déjà plus sensibilisé au dépistage de cette pathologie.
- Item 3 à 5 : « Connaissez-vous certains facteurs de risque de la presbyphagie ? (si oui, précisez) », « Connaissez-vous les principaux symptômes de la presbyphagie ? (si oui, précisez) » et « D'après vous, quelles sont les complications les plus fréquentes ? » : Ces trois questions reprennent des éléments présents dans l'outil d'informations. Ils nous permettent de voir si les médecins citent les mêmes ou font d'autres propositions qu'il serait intéressant d'ajouter à l'outil.

### 3.7.2.2. Outil d'informations.

Cette seconde partie s'articule également autour de cinq questions dont les mots-clés sont en gras. Elle a pour but de recueillir les remarques et avis concernant l'outil d'informations en lui-même et de déterminer s'il a permis un apport de connaissances.

- Item 1 : « Le support (papier) de l'outil d'informations vous convient-il ? » : Avant de détailler le contenu, nous avons souhaité déterminer si le support de l'outil était pratique pour les médecins. Cette question attend une réponse de type oui/non qui sera développable dans le second item.
- Item 2 : « Un autre support vous aurait-il intéressé ? (si oui, précisez) » : Ayant eu des hésitations quant au support qui nous paraissait être le plus facile à manipuler, nous souhaitons recueillir l'avis des médecins afin de l'adapter au mieux.
- Item 3 : « Le contenu de l'outil vous semble-t-il pertinent ? » : La réponse à cette question pourra être développée ou non, nous en laissons le choix aux médecins, car l'item suivant concerne également le contenu.
- Item 4 : « Rajouteriez-vous ou supprimeriez-vous des informations ? » : Cet item a pour but de nous permettre d'ajuster la quantité d'informations présentes sur l'outil. Certaines ne paraîtront peut-être pas indispensables aux médecins, ce qui permettra d'alléger le contenu ou au contraire de l'étoffer si des renseignements semblent manquants.
- Item 5 : « L'outil vous a-t-il permis de synthétiser vos connaissances sur la presbyphagie ? » : Nous partons du constat que le niveau de connaissances de cette pathologie est inégal et

dépend de plusieurs facteurs (item 2 de la partie concernant les connaissances générales par exemple). De ce fait, nous ne prétendons pas apporter uniquement de nouvelles connaissances aux médecins mais synthétiser et réorganiser celles qu'ils possèdent déjà.

### 3.7.2.3. Auto-évaluation.

La dernière partie du questionnaire vise à recueillir l'avis des médecins concernant notre questionnaire d'auto-évaluation, qu'ils auront préalablement proposé à quelques patients. Cette partie comporte sept questions concernant l'utilisation, la pertinence, les possibilités ultérieures ainsi que les remarques des patients et praticiens.

- Item 1 : « L'auto-évaluation est-elle d'utilisation facile (compréhension, rapidité) ? » : Nous avons tenté d'utiliser des termes compréhensibles par les personnes âgées, néanmoins, certains items n'ont peut-être pas fait sens pour les patients. De même, du fait que notre questionnaire soit une étude pilote, il comporte un grand nombre de questions qui entravent la rapidité de passation.
- Item 2 : « Les items de l'auto-évaluation sont-ils pertinents pour évoquer une presbyphagie ? » : Bien que notre panel de patients testés ne permette pas la mise en place d'un étalonnage statistique permettant d'établir un score de diagnostic, nous souhaitons déterminer si une analyse qualitative effectuée par le patient lui-même grâce à cette auto-évaluation peut engendrer une consultation médicale.
- Item 3 : « L'échelle de 1 à 4 par item vous paraît-elle suffisante pour évoquer une presbyphagie ? » : Cette échelle se veut qualitative mais permet-elle réellement de suggérer la présence de difficultés voire d'un trouble ou une autre échelle serait-elle plus fiable et facile à manipuler ?
- Item 4 : « Afin d'inciter le patient à consulter son médecin plus précocement pour presbyphagie, l'élaboration d'un score de risque pour qu'il se situe par rapport au trouble vous paraît-il indiqué ? Cela vous paraît-il justifier un travail ultérieur ? » : Cette question permet d'observer si une étude future ayant pour objectif de rendre notre auto-évaluation plus objective et quantitative serait bénéfique et réalisable.
- Item 5 : « Les patients ont-ils répondu seuls aux questions ou ont-ils eu besoin de votre aide ? » : Cette question rejoint l'item 1 et a pour but de vérifier la compréhension du vocabulaire utilisé au sein de l'auto-évaluation par les patients.

- Item 6 : « Avez-vous des remarques quant aux items ou questions retenus ? » : Dans la mesure où il s'agit d'une auto-évaluation pilote, elle comporte un nombre important d'items n'étant pas nécessairement tous utiles au dépistage et à la sensibilisation de la presbyphagie.
- Item 7 : « Les patients ont-ils eu des remarques ou difficultés avec certaines questions ? » : Là aussi le but est de modifier la formulation des items de l'auto-évaluation ayant posé problème.

## **4. PRECAUTIONS METHODOLOGIQUES**

### **4.1. Petite population d'étude.**

Cette étude fait suite au travail de Madame Géraldine USQUELIS. Pour ce faire nous avons volontairement décidé de centrer notre travail sur un petit groupe de population. Nous sommes donc parties sur la base d'une trentaine de patients âgés suivant les critères requis à notre étude et sur une dizaine de médecins généralistes.

Nos différents outils ont été modélisés dans le but de réaliser une étude qualitative. En effet, nous n'avons pas souhaité, dans un premier temps, mettre en place une unité de mesure qui induirait une cotation et qui ferait de ce travail une étude quantitative. De plus, comme le souligne Berthier. N (2010), « *on considère en général qu'une enquête quantitative sur échantillon doit avoir un minimum de 80 sujets* ».

### **4.2. Un temps d'expérimentation limité.**

Au vu de la limite de temps imposée pour la réalisation de notre étude, nous devons procéder à des passations rapidement afin d'avoir le temps de recueillir tous les résultats et de pouvoir procéder à une deuxième passation de l'auto-évaluation. Les personnes ont été testées entre début février et fin avril, ce qui explique que la seconde passation n'a pu être réalisée sur tous les patients que nous avons interrogés du fait du laps de temps court dont nous disposons.

### **4.3. Questionnaire d'auto-évaluation pilote.**

Notre travail nous a amenées à modéliser un questionnaire d'auto-évaluation afin de pouvoir recueillir le ressenti personnel des personnes testées concernant leur déglutition ainsi que l'avis des médecins l'ayant proposé à certains de leurs patients. Il s'agit néanmoins d'un questionnaire pilote, ce qui signifie qu'il ne constitue pas une enquête mais plutôt les prémisses dans la planification d'un travail de prévention à grande échelle.

En effet, ce questionnaire permet de fournir, à petite échelle, des informations sur la faisabilité des questions proposées. Par ce questionnaire nous souhaitons évaluer les critères de recrutement des patients, évaluer les procédures de collecte de données ainsi que la qualité de ces données. De même, dans la mesure où il s'agit d'une auto-évaluation pilote, nous avons un nombre d'items assez important qu'il conviendrait d'ajuster suite aux résultats obtenus quant à la compréhension et faisabilité des questions. La modélisation de ce questionnaire pourra permettre la réalisation d'un travail de prévention plus aboutit.

### **4.4. Implication subjective des testeurs.**

Bien que notre étude soit objective, nous n'avons pu enlever une part de subjectivité provenant de l'implication des aidants qui jouaient le rôle de testeur en faisant passer le questionnaire d'auto-évaluation aux patients. Il est ainsi probable, que lors de certaines passations où nous n'étions pas présentes, les testeurs aient fait preuve de subjectivité :

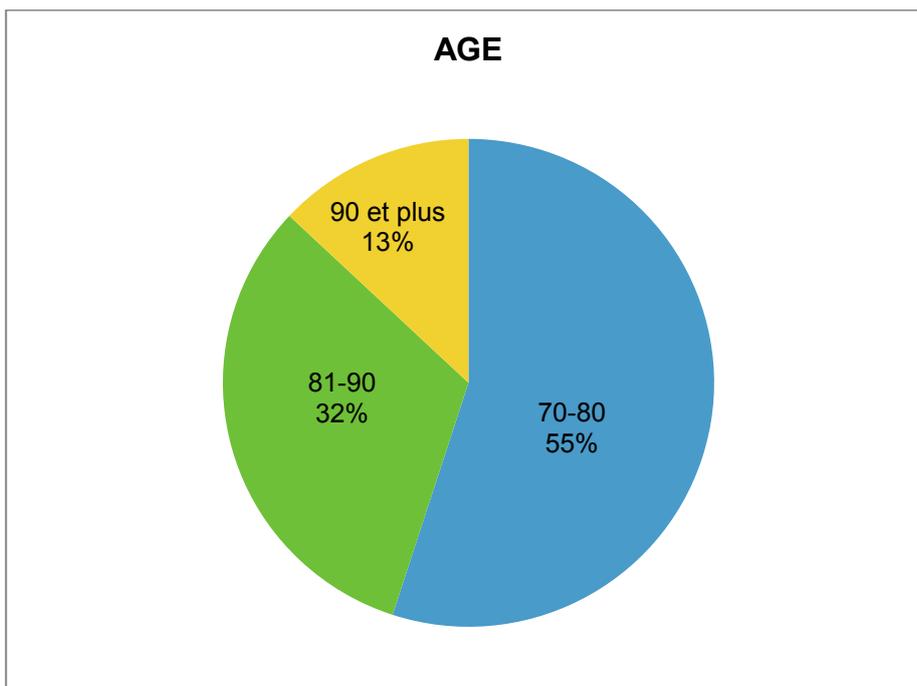
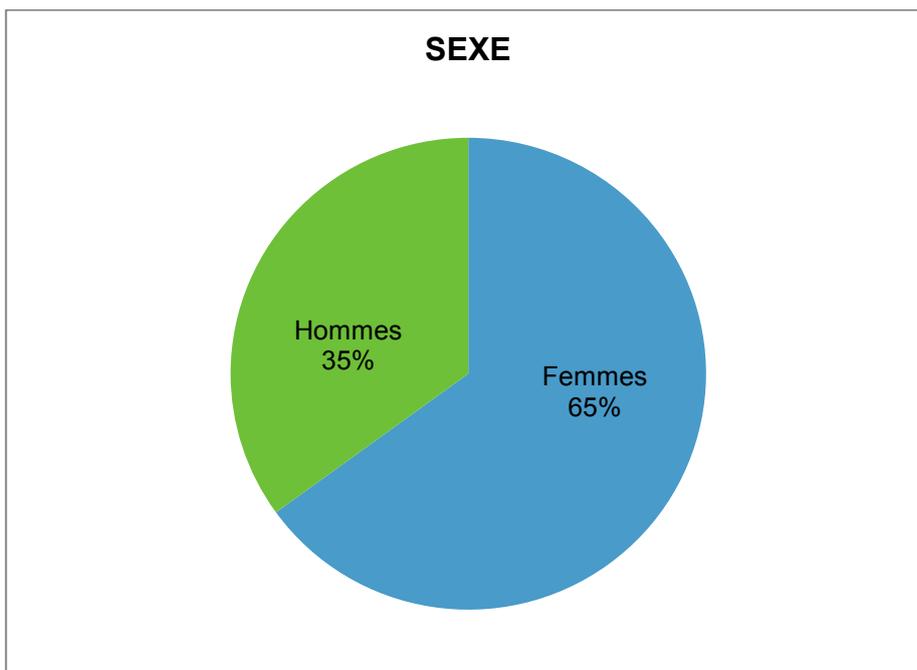
- Lors de la lecture des questions, en donnant des explications supplémentaires aux personnes testées, ce qui ne nous permettrait pas d'être certaines de la compréhension des items.
- Lors de la notation des réponses dans la grille d'évaluation en cochant selon leur appréciation personnelle face aux réponses obtenues.

# **RESULTATS**

# 1. ANALYSE ET SYNTHÈSE DES RESULTATS

## 1.1. Présentation du panel étudié.

Pour notre étude, nous avons sélectionné des personnes de sexe féminin et masculin, âgées de 70 à 95 ans. Nous avons obtenu les réponses d'une majorité de femmes et la tranche d'âge la plus représentée était celle des personnes âgées de 70 à 80 ans.



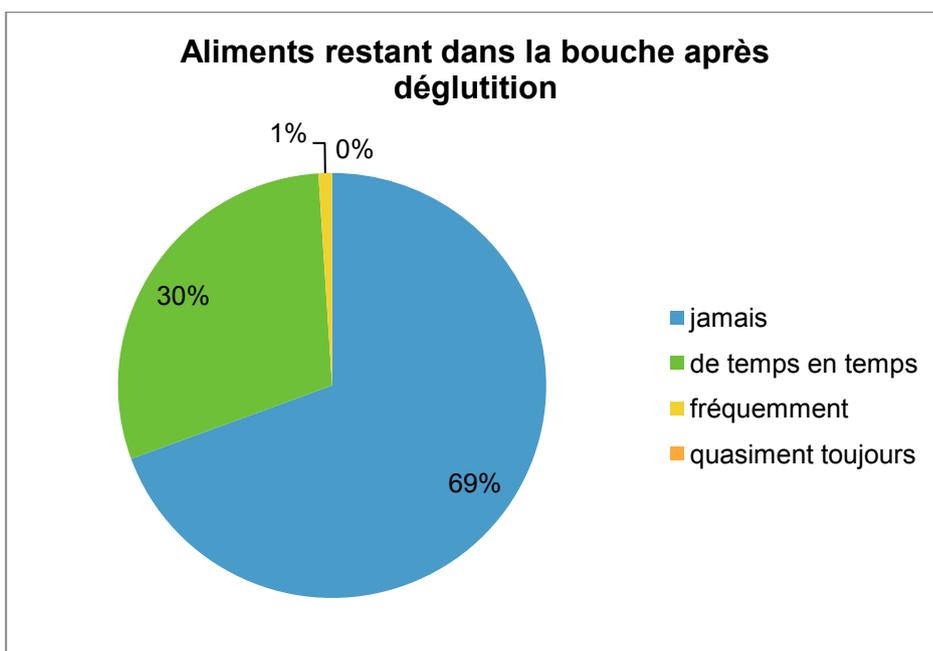
## 1.2. Analyse et synthèse des résultats de l'auto-évaluation.

### 1.2.1. Première passation à J0.

Cette première passation a permis aux personnes sélectionnées de découvrir le questionnaire et de s'auto-évaluer une première fois. L'objectif était de mettre en évidence l'apparition d'un trouble de la déglutition lié à l'âge.

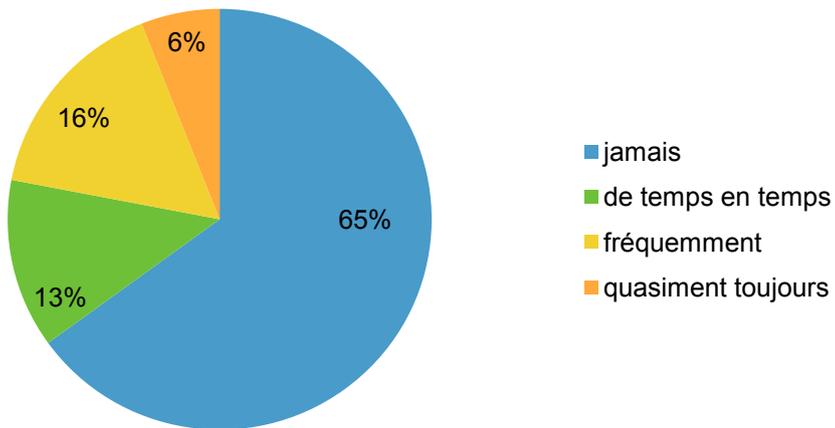
#### 1.2.1.1. Signes évocateurs d'un trouble de la déglutition.

Nous avons étudié les différentes réponses données par les personnes interrogées à propos des signes évocateurs afin d'observer la réponse moyenne de chaque item.



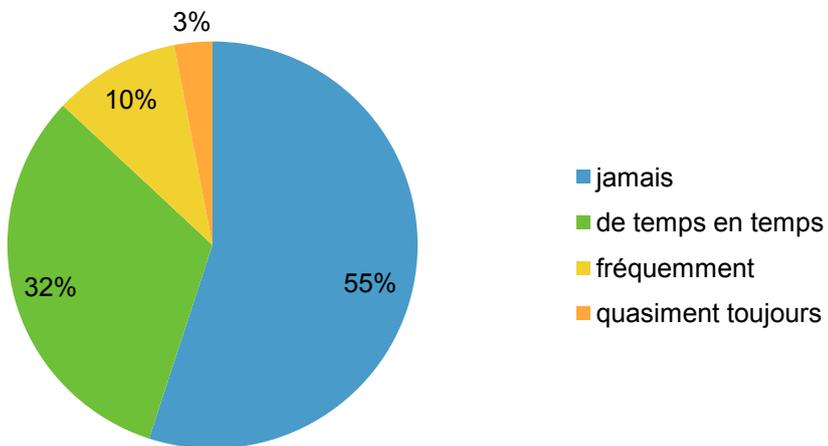
30% des personnes remarquent qu'il reste de temps en temps des aliments dans leur cavité buccale après avoir dégluti. Certaines personnes notent la présence de stases buccales, notamment liée à des difficultés d'ajustement de leurs appareils dentaires.

### Douleur et/ou blocage lors de la déglutition



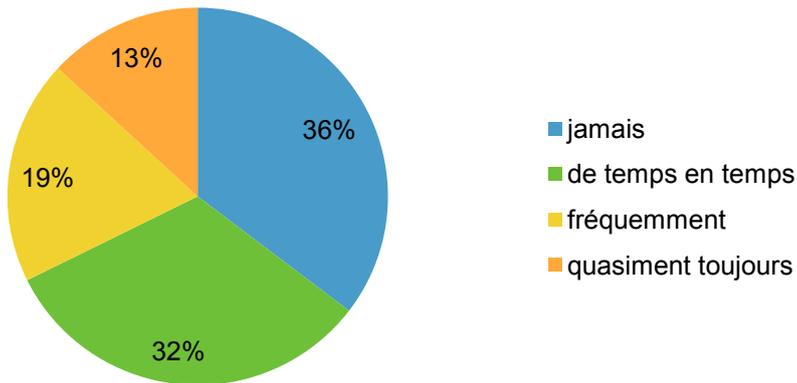
Plusieurs personnes présentent un spasme qu'elles qualifient de hoquet et qui apparaît au cours des repas. De même, certaines d'entre elles ressentent une sensation de blocage qu'elles situent au niveau de l'œsophage. 16% ressentent fréquemment une douleur à la déglutition.

### Modification de la voix après déglutition



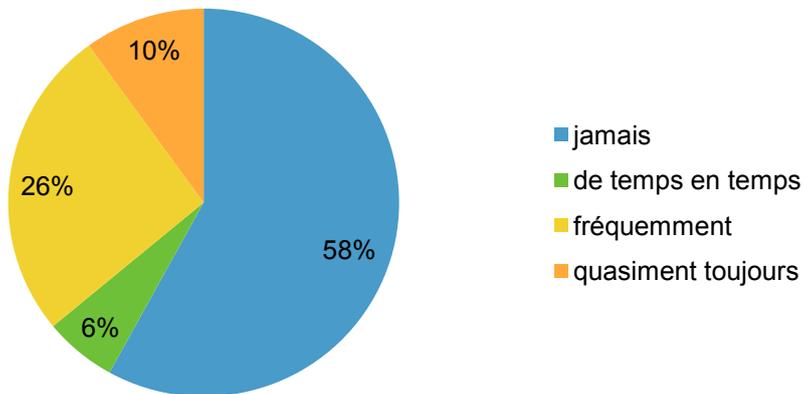
Un nombre élevé d'individus explique ne pas avoir conscience d'une quelconque modification vocale après déglutition et n'y avoir jamais prêté attention. Cependant, nous constatons que certaines personnes ressentent une irritation au fond de la gorge avec la présence d'une voix mouillée et enrouée. Une modification vocale est ressentie de manière fréquente par 10% des gens interrogés et de manière quasiment systématique par 3%.

### Fausses routes pendant/après les repas

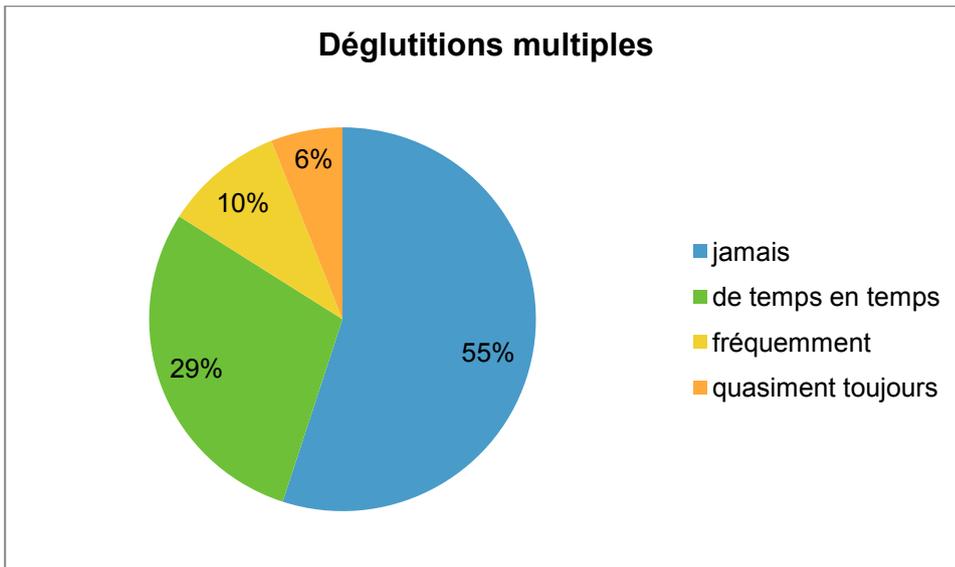


Nous avons constaté que certaines personnes victimes de fausses routes, avaient déjà mis en place des moyens de compensation, notamment en adaptant le matériel utilisé au cours des repas (verre canard proposé en service hospitalier) et en adoptant des postures de sécurité. Sur les 31 personnes interrogées, seulement 36% d'entre elles déclarent ne quasiment jamais faire de fausses routes lors des prises alimentaires.

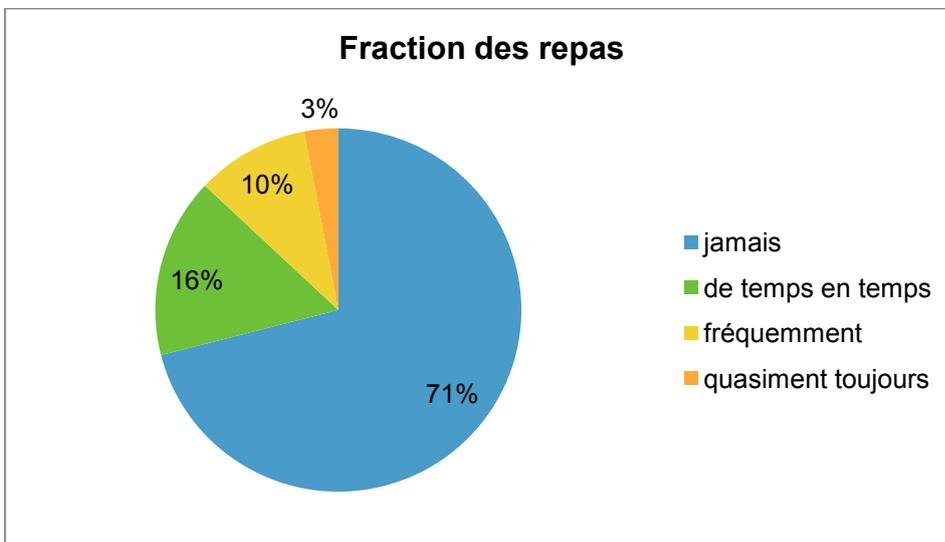
### Augmentation durée repas



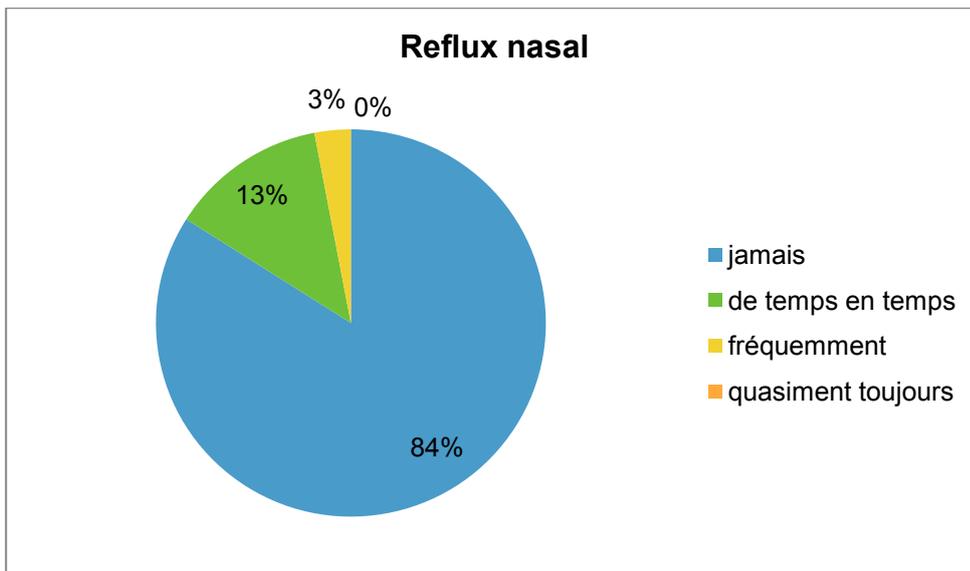
L'augmentation du temps passé à table est parfois due à la présence d'un appareil dentaire mal ajusté provoquant des difficultés de mastication et ayant donc pour conséquence directe l'allongement du temps des prises alimentaires. Néanmoins, la majorité des personnes interrogées n'a pas l'impression de mettre plus de temps à manger et certaines précisent prendre plus de temps volontairement depuis leur retraite qui ne leur impose plus de contraintes horaires.



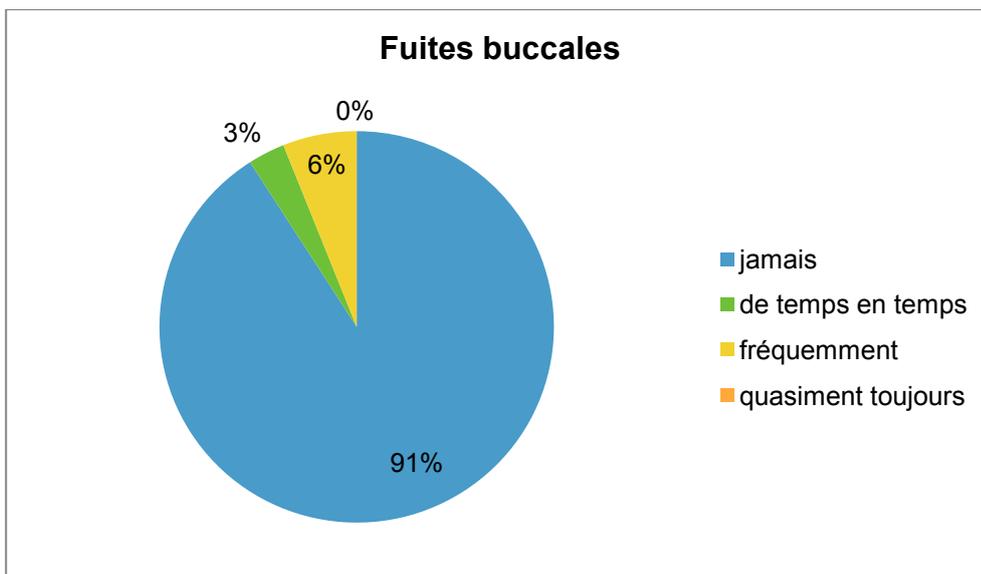
Nous avons précédemment observé que 30% des personnes interrogées notent la présence d'aliments dans leur cavité buccale après avoir dégluti. Ces stases buccales expliquent la nécessité de déglutir plusieurs fois d'affilée et nous retrouvons un pourcentage de 29% d'individus ayant besoin d'effectuer de temps en temps des déglutitions multiples et de garder les aliments en bouche plus longtemps.



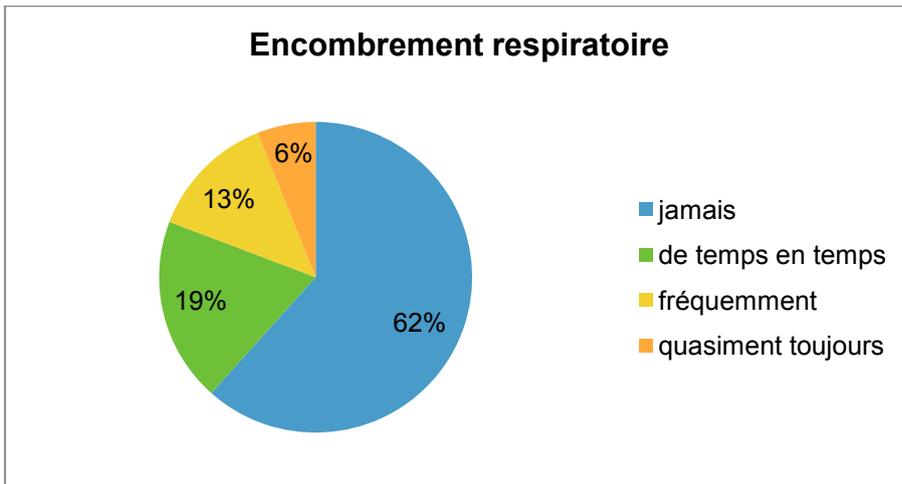
16% des personnes à qui nous avons proposé l'auto-évaluation séparaient de temps en temps leurs repas en plusieurs collations de manière à faciliter leurs prises alimentaires et à diminuer la fatigabilité engendrée par les repas. 3% fractionnaient leurs prises alimentaires de façon quasiment systématique. Néanmoins, lors de leur entrée à l'hôpital ou en institution, ces dernières ont souvent dû s'adapter au rythme des repas servis et fonctionnent désormais avec trois repas adaptés.



Nous avons relevé un pourcentage relativement faible concernant le reflux nasal. Cependant, 13% ont déclaré que ce phénomène se produisait de temps en temps, de façon ponctuelle, et 3% des personnes nous ont dit avoir des reflux alimentaires et/ou liquidiens par le nez à fréquence très élevée.



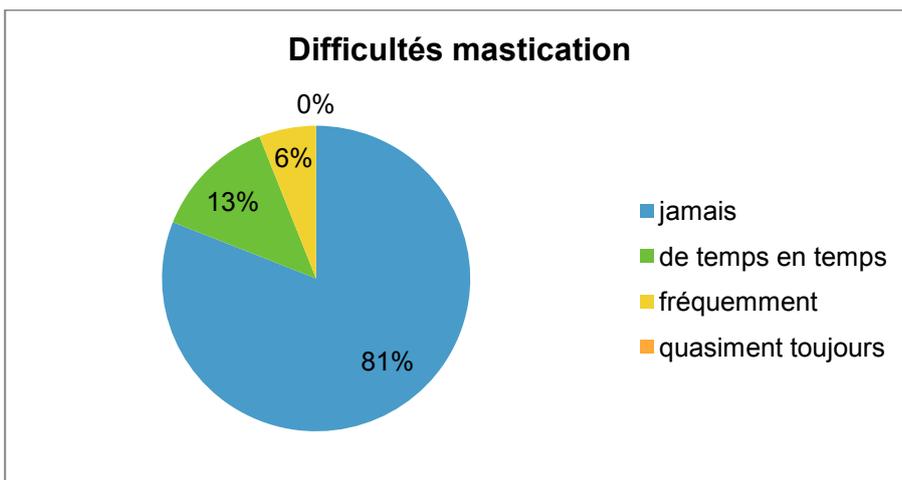
Une quantité de salive trop importante peut être liée par exemple à des difficultés de déglutition entraînant l'accumulation de salive dans la cavité buccale, ou à un surplus de production salivaire entraînant chez certaines personnes interrogées des difficultés d'occlusion labiale. Cela provoque des fuites alimentaires ou liquidiennes. Ce phénomène reste toutefois peu représentatif au sein de notre panel puisque sur les 31 personnes ayant répondu à l'auto-évaluation, 91% se sont déclarées non concernées par les fuites labiales.



La présence de certaines maladies respiratoires provoquant des symptômes aspécifiques d'une dysphagie, telle une odynophagie qui entrave la déglutition, sont à l'origine de difficultés respiratoires qui ne seraient pas dues à un trouble de la déglutition. 62% des personnes interrogées ne présentent pas d'encombrement respiratoire n'étant pas lié au tabagisme, à l'asthme ou à une allergie mais 19% sont gênés de temps en temps, 13% fréquemment et 6% quasiment toujours.

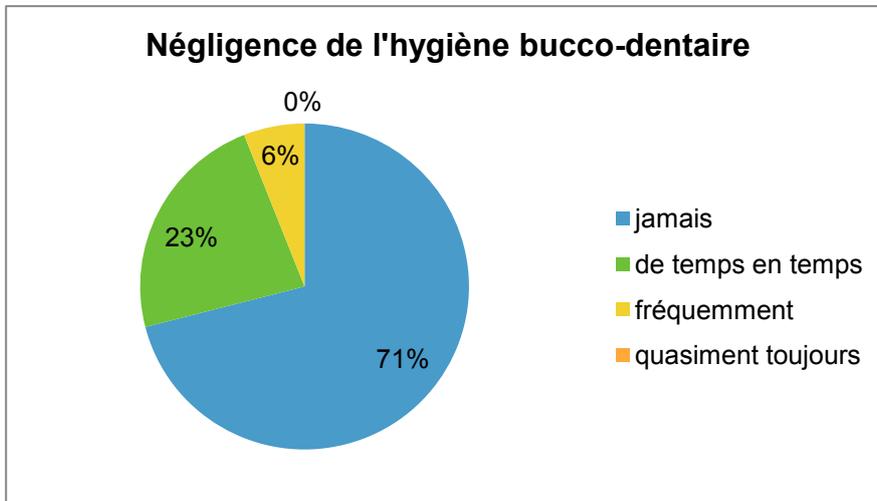
#### 1.2.1.2. Facteurs favorisant les troubles de la déglutition.

Nous avons ensuite évalué les réponses obtenues à propos des facteurs pouvant favoriser l'apparition de troubles de la déglutition.

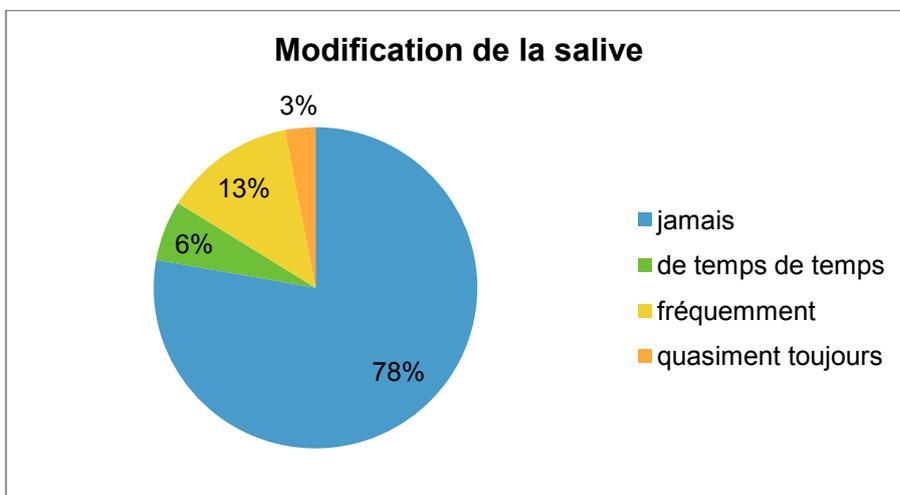


Certaines personnes étaient gênées par leurs appareils dentaires parfois mal ajustés suite à une perte ou une prise de poids. De ce fait, les appareils n'étaient pas toujours portés lors des repas, entraînant par conséquent des difficultés pour mâcher correctement les aliments proposés.

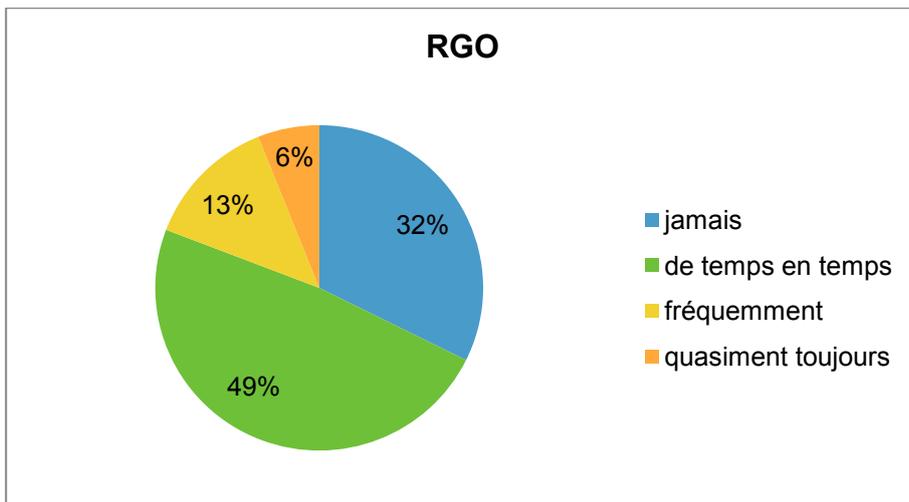
13% exprimaient être gênés de temps en temps et 6% à fréquence élevée. Lors de la passation de l'auto-évaluation, nous avons constaté que plusieurs personnes avaient un régime alimentaire adapté (alimentation mixée) nécessitant moins d'efforts masticatoires.



Cet item a posé question à certaines personnes interrogées qui portaient un appareil dentaire nécessitant un entretien particulier. Cependant, 71% ont déclaré ne jamais négliger leur hygiène bucco-dentaire.



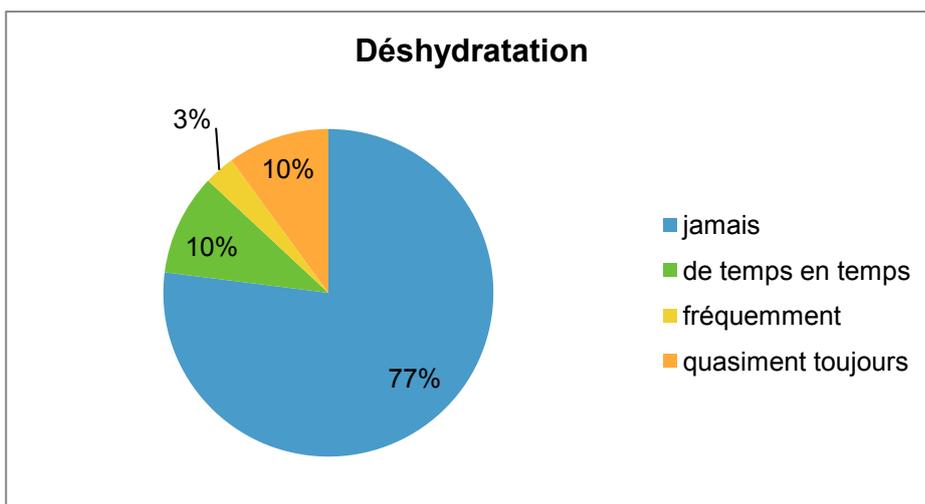
Plusieurs personnes interrogées souffraient de sécheresse buccale due à une modification quantitative de leur salive, entravant leur déglutition. Certaines personnes avaient en leur possession un spray permettant d'humidifier la cavité buccale. Au cours de notre passation, nous avons également pu rencontrer des personnes qui avaient une production de salive trop importante entraînant des difficultés à garder les aliments en bouche. Un manque ou un surplus salivaire n'était pas ressenti chez 78% des individus interrogés mais était handicapant pour 3%.



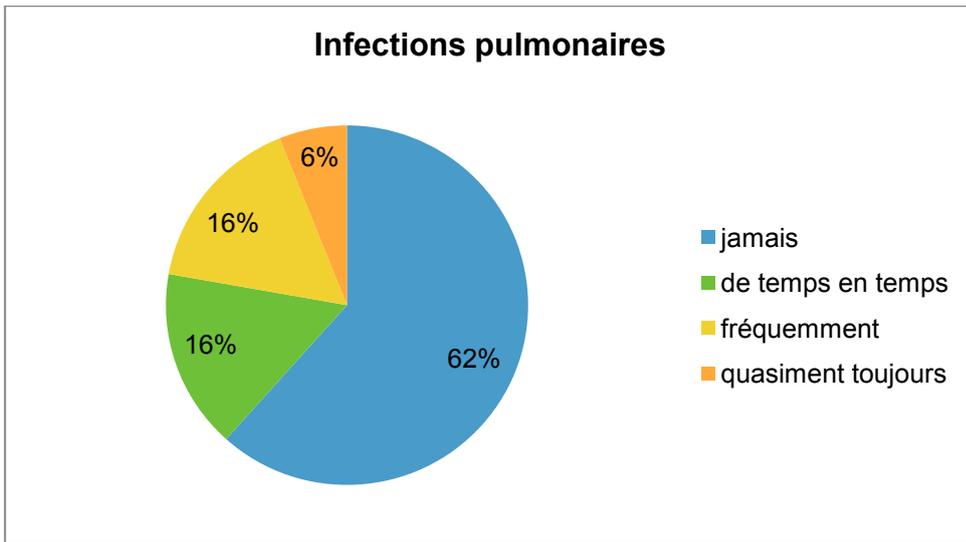
Nous avons constaté que 49% des personnes que nous avons interrogées souffraient de RGO occasionnellement, 13% fréquemment et 6% quasiment toujours. Quatre personnes suivaient un traitement. La présence d'un RGO post-repas provoquait des fausses routes chez certaines des personnes interrogées.

### 1.2.1.3. Les conséquences des troubles de déglutition.

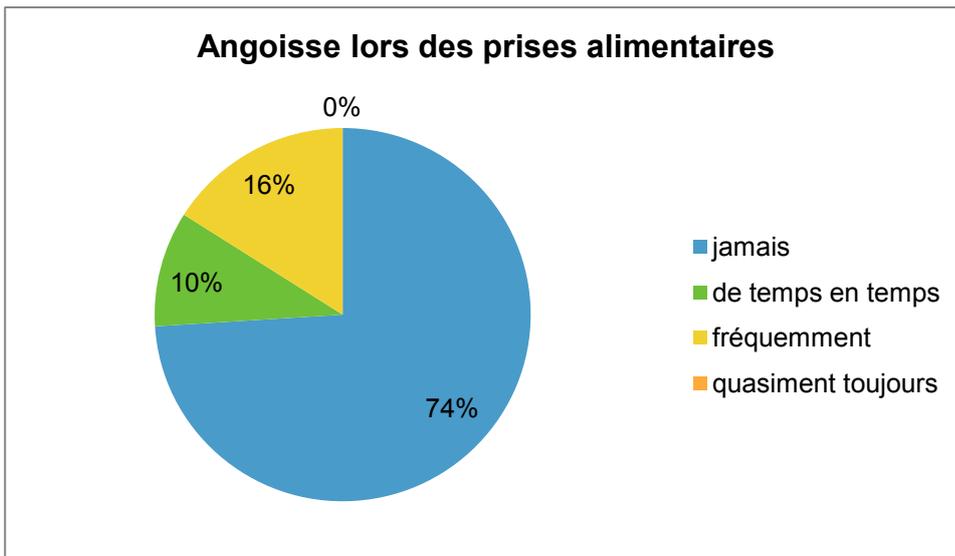
Nous avons ensuite traité les données de la troisième partie de l'auto-évaluation traitant des conséquences de la presbyphagie.



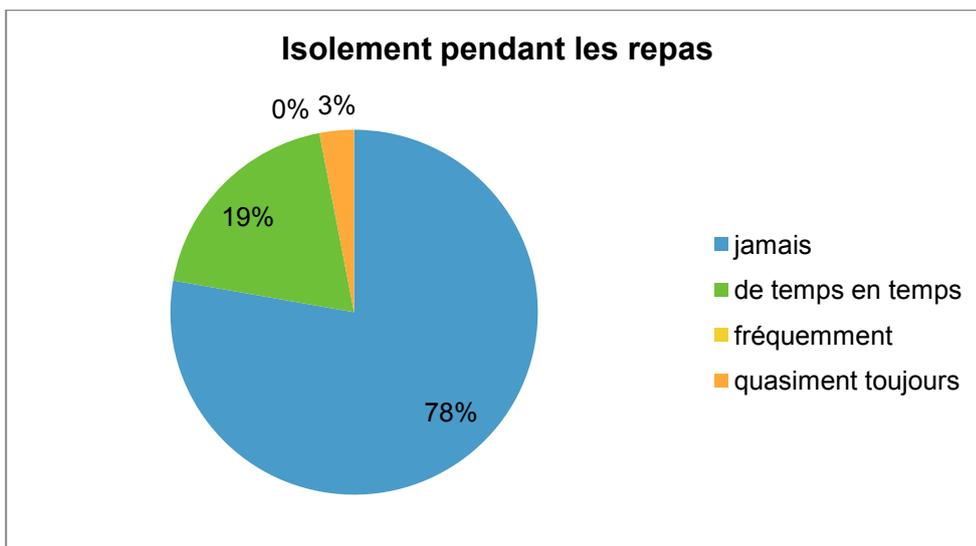
Au cours de notre étude, nous avons observé que les personnes que nous avons interrogées exprimaient être déshydratées, notamment en conséquence d'une absence de la sensation de soif, mais non liée à des difficultés à déglutir, mettant hors de cause un trouble de la déglutition.



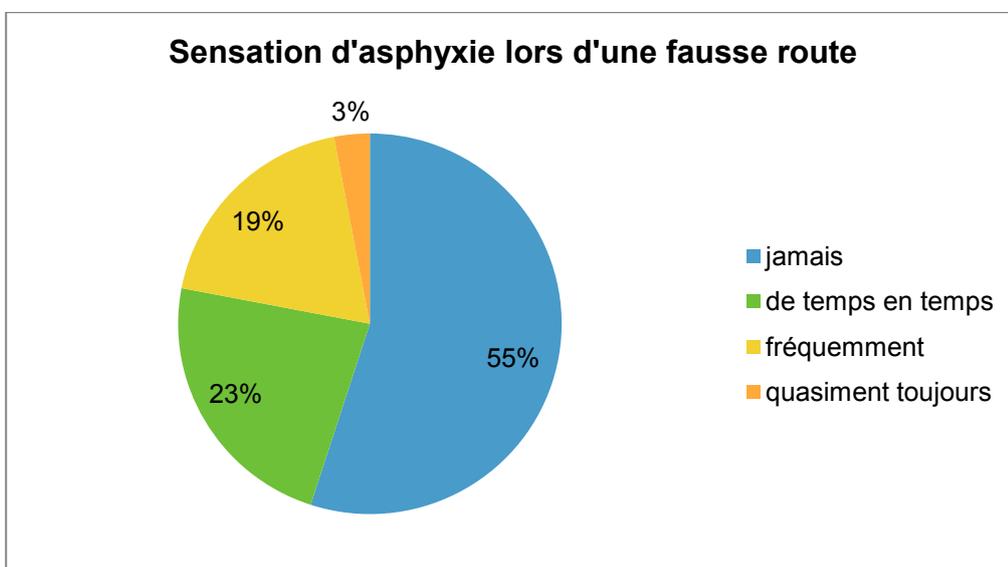
Le terme d'infections pulmonaires regroupant plusieurs maladies, certaines personnes ont coché positivement cet item sans pour autant présenter des troubles de la déglutition.



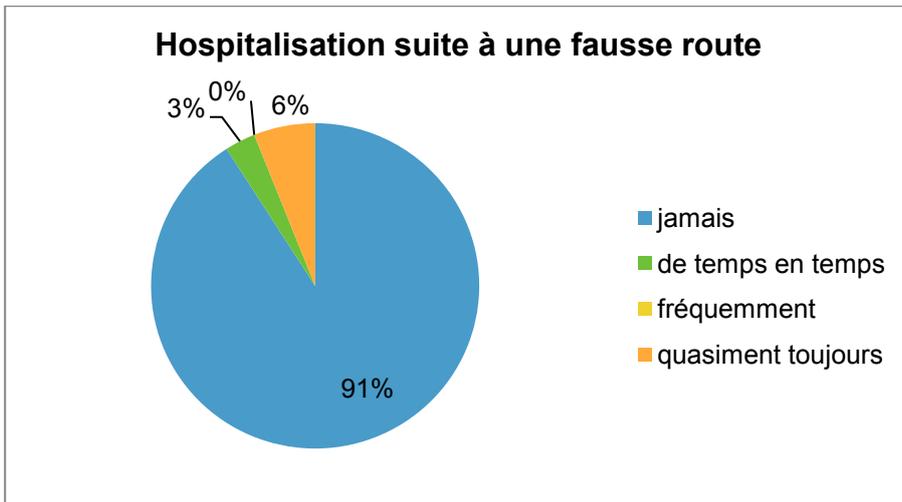
Pour 16% des personnes interrogées, la prise des repas est vécue comme un moment fréquemment angoissant. 10% sont de temps en temps angoissées, tandis que 74% déclarent prendre plaisir à manger. Certains considèrent la prise des repas comme une « corvée », et plusieurs signalent une perte d'appétit liée à l'angoisse qu'engendre le repas.



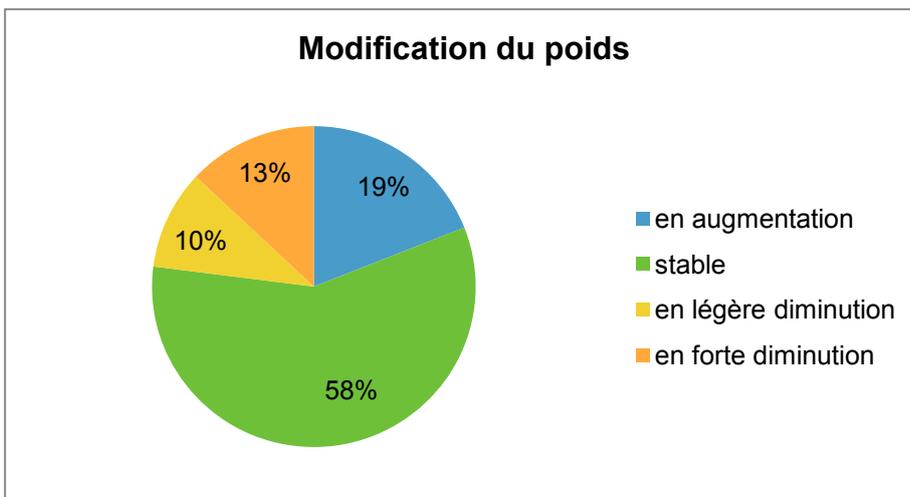
Nous avons constaté que certaines personnes préféraient prendre leurs repas seules, mais pas nécessairement en raison de difficultés à déglutir. En effet, plusieurs présentaient des difficultés motrices rendant les déplacements au réfectoire difficiles. Toutefois, 19% témoignent d'une peur occasionnelle du regard des autres lors des repas et 3% d'une angoisse importante. Plusieurs limitaient volontairement leur vie sociale par peur des remarques liées à la longueur de leurs prises alimentaires et par crainte de faire des fausses routes en public.



3% des personnes présentant des fausses routes importantes associées à une sensation d'asphyxie sévère expliquent devoir sortir de table pour reprendre leur respiration. 23% ont ressenti ponctuellement une sensation d'asphyxie lors d'une fausse route et 19% de manière fréquente.



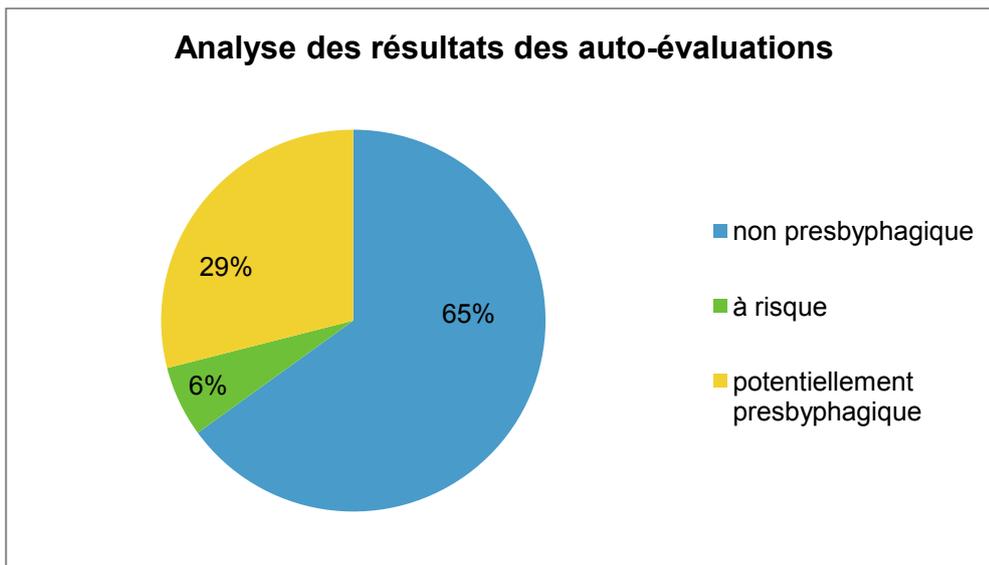
Deux personnes parmi les individus interrogés ont déjà été hospitalisées suite à une pneumopathie d'inhalation. Au vu de ces résultats, le nombre de personnes hospitalisées peut paraître faible. Cependant, puisqu'il s'agit d'une population tout-venant sans trouble avéré, ces résultats sont conséquents.



Les personnes que nous avons vues nous ont fait part du problème lié aux appareils dentaires qu'il fallait réadapter constamment au fil des variations de poids. Cependant, cette perte de poids s'expliquerait aussi par des troubles de la déglutition chez certaines personnes, ne permettant pas une alimentation suffisante. De ce fait, les personnes entrent dans un engrenage : les troubles de la déglutition entraînent une perte de poids, qui entraîne à son tour une inadaptation des appareils dentaires ne permettant plus une alimentation correcte. 58% avaient toutefois un poids stable, 19% un poids en augmentation suite à la modification de leur régime alimentaire pour ceux étant hospitalisés, 10% avaient un poids ayant tendance à diminuer et 13% un poids en forte diminution.

#### 1.2.1.4. Conclusion des résultats.

Le questionnaire d'auto-évaluation a effectivement permis de mettre en évidence trois types de profils : les personnes non presbyphagiques, les personnes présentant des risques de développer la pathologie et des personnes potentiellement presbyphagiques, dont il faudra objectiver les résultats obtenus à l'auto-évaluation par un bilan de déglutition.



Nous avons, lors de nos passations, interrogé plus de femmes que d'hommes. Cependant, parmi les 6% de notre population jugés comme présentant des risques de développer une presbyphagie, nous avons 50% d'hommes et 50% de femmes. De même, parmi les 29% représentant la population potentiellement presbyphagique, nous avons deux femmes pour sept hommes.

#### 1.2.2. Deuxième passation à J30.

##### 1.2.2.1. Bilan de déglutition.

Lors de la seconde passation de l'auto-évaluation, les personnes testées ont été bilantées par deux orthophonistes. Certains bilans ont été faits en cabinet libéral et les autres bilans au sein de la structure où les personnes étaient hospitalisées.

### 1.2.2.2. Reproductibilité des réponses obtenues.

Cette deuxième passation à un mois d'intervalle a permis de vérifier la reproductibilité de l'auto-évaluation. En effet, nous constatons que les réponses obtenues à J0 sont sensiblement les mêmes que celles recueillies à J30.

Néanmoins, les patients que nous avons rencontrés en institution et en service hospitalier n'ont pas tous pu être testés une seconde fois, la durée d'hospitalisation ne le permettant pas. Par conséquent, sur les 31 personnes interrogées, seules 10 ont pu être re-testées.

Parmi ces 10 personnes, nous constatons que 8 ont des réponses identiques par rapport à la première passation et que 2 personnes notent une légère aggravation se reflétant par des croix passant de 1 à 2 ou de 2 à 3 sur notre échelle. Ces modifications s'expliqueraient par un intérêt accru prêté à leur déglutition au cours du mois écoulé. En effet, la première passation semble avoir permis de sensibiliser les personnes interrogées aux sensations éprouvées au moment de déglutir.

Dans un même temps, nous avons fait passer un bilan de déglutition permettant d'objectiver les patients qui sont à risques et pathologiques.

### 1.2.2.3. Validation du questionnaire d'auto-évaluation.

#### 1.2.2.3.1. Définition.

La validité est la capacité de l'auto-évaluation à dépister ce qu'elle est effectivement censée dépister.

Elle repose sur :

- La cohérence des items proposés,
- La pertinence de ces items et de l'échelle,
- La vérification par comparaison des passations effectuées à J0 et J30.

Elle est caractérisée par la mesure de la sensibilité et de la spécificité :

- La sensibilité désigne l'aptitude de l'auto-évaluation à dépister la pathologie étudiée. Il s'agit d'observer si un grand nombre d'items permet de mesurer un petit nombre d'aptitudes. En effet, plus un test est sensible, moins les résultats donneront de faux-négatifs.
- La spécificité désigne, quant à elle, l'aptitude de l'auto-évaluation à ne dépister que la pathologie étudiée. En effet, plus un test est spécifique, moins les résultats donneront de faux-positifs.

La spécificité et la sensibilité sont comprises entre 0 et 1 et sont exprimées en pourcentages et sont calculées selon la manière suivante :

	Malade	Non malade
Test positif	Vrai positif	Faux positif
Test négatif	Faux négatif	Vrai négatif

- Vrai positif (VP) représente le nombre d'individus malades pour qui l'auto-évaluation atteste de la maladie.
- Vrai négatif (VN) représente le nombre d'individus non malades pour qui l'auto-évaluation atteste de l'absence de la maladie.
- Faux positif (FP) représente le nombre d'individus non malades pour qui l'auto-évaluation montre la présence de la maladie.
- Faux négatif (FN) représente le nombre d'individus malades pour qui l'auto-évaluation ne montre pas la présence de la maladie.

$$\text{Calcul sensibilité : } Se = \frac{VP}{VP + FN}$$

$$\text{Calcul spécificité : } Sp = \frac{VN}{VN + FP}$$

La spécificité et la sensibilité sont indépendantes de la prévalence de la maladie.

#### 1.2.2.3.2. Calculs.

Sur les 31 personnes interrogées, 11 sont potentiellement presbyphagiques et 20 ne présentent pas la pathologie. Cette étude a été objectivée par un bilan orthophonique qui a mis en évidence que sur les 11 personnes considérées comme malades par l'auto-évaluation, seules 9 présentent réellement une presbyphagie.

	Presbyphagique	Non presbyphagique
Test positif	9	2
Test négatif	0	20

Sensibilité :  $Se = 9 / 9 = 1$

Une sensibilité de 1 signifie que lorsque la personne est potentiellement presbyphagique, il y a 100% de chance que l'auto-évaluation dépiste la présence d'une presbyphagie.

Spécificité :  $Sp = 20 / (20+2) = 20/22 = 0,9$

Une spécificité de 0,9 signifie que lorsque la personne n'est pas presbyphagique, il y a 90% de chance que l'auto-évaluation dépiste l'absence d'une presbyphagie.

Pour aboutir à ces résultats, nous nous sommes appuyées sur les conclusions du bilan de déglutition. En effet, ce dernier a permis d'objectiver la réelle présence ou non de la pathologie chez les personnes dont les réponses à l'auto-évaluation laissaient présager une potentielle presbyphagie. Parmi les 11 personnes jugées presbyphagiques par l'auto-évaluation, seules 2 se sont avérées non presbyphagiques à la suite du bilan de déglutition. Bien que la suspicion ne soit pas confirmée par le bilan pour ces 2 personnes, l'auto-évaluation a tout de même joué un rôle de prévention.

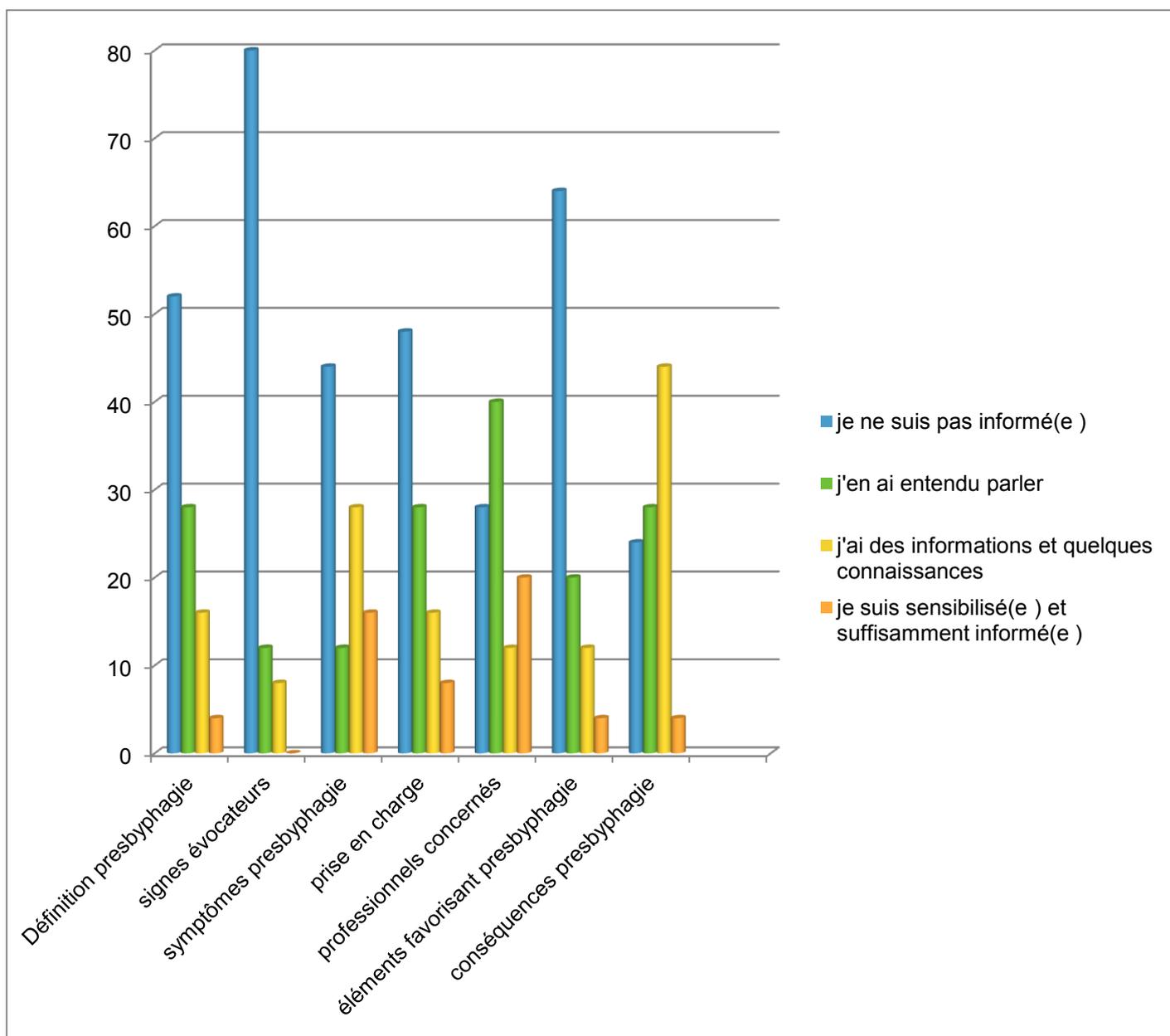
Les résultats obtenus lors du calcul de la spécificité et de la sensibilité montrent bien que l'auto-évaluation est à la fois spécifique et sensible. De même, la seconde passation à J30 prouve sa reproductibilité.

En définitive, ce questionnaire permet une auto-évaluation de la presbyphagie chez les personnes testées.

### 1.3. Analyse et synthèse des résultats des questionnaires de prise de conscience.

#### 1.3.1. Questionnaire de prise de conscience initial.

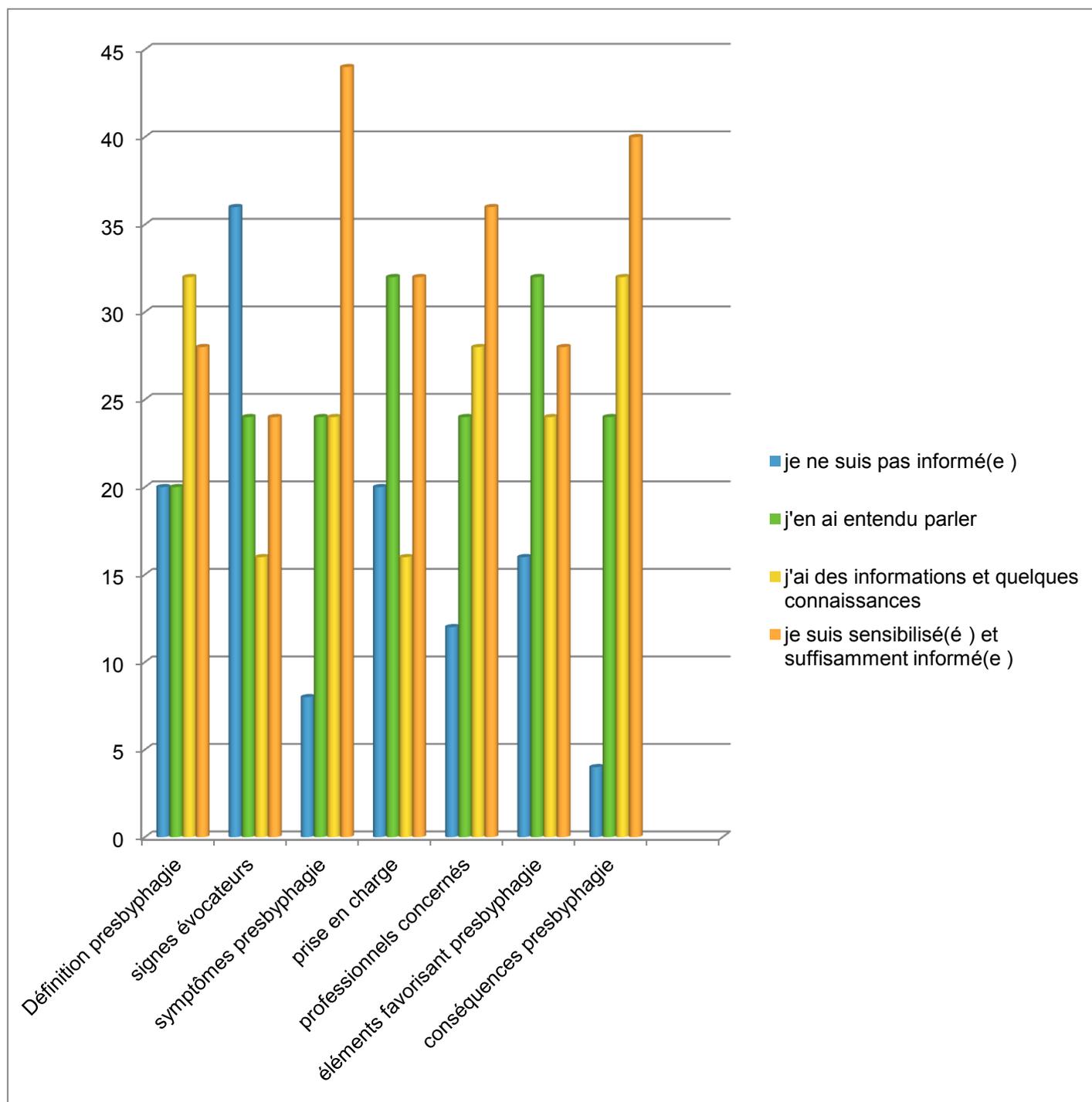
L'histogramme ci-dessous montre les réponses apportées par les personnes interrogées aux sept items proposés avant la passation de l'auto-évaluation.



Sur ce premier histogramme, nous constatons que pour six items sur les sept proposés, la majorité des personnes a répondu ne pas être informée.

### 1.3.2. Questionnaire de prise de conscience final.

L'historique ci-dessous montre les réponses apportées par les personnes interrogées aux sept items proposés après la passation de l'auto-évaluation.



Ce deuxième histogramme montre que la tendance s'inverse après la passation de l'auto-évaluation. En effet, nous constatons une meilleure connaissance de la presbyphagie. Dans les items où il subsiste un manque d'information nous observons toutefois une nette progression. De même, certains items dont les personnes avaient déjà une bonne connaissance se sont vus améliorés. Les résultats montrent qu'après l'auto-évaluation, les personnes interrogées sont capables de répondre plus concrètement aux items proposés par le questionnaire de prise de conscience final.

Cette évolution permet de mettre en évidence la capacité de l'auto-évaluation à effectuer une réelle sensibilisation des personnes testées.

### 1.3.3. Croisement des données.

Ces histogrammes représentent le niveau de prise de conscience des personnes interrogées avant et après l'administration de l'auto-évaluation. Nous constatons pour chaque item l'évolution suivante :

- Définition presbyphagie : nous observons que 52% des personnes interrogées répondent ne pas être informées par ce qu'est la presbyphagie lors de la passation du questionnaire de prise de conscience initial qui survient avant l'auto-évaluation, contre 20% lors du questionnaire de prise de conscience final. Nous constatons une meilleure information après l'auto-évaluation mais celle-ci reste fragile et serait à renforcer.
- Signes évocateurs : le questionnaire initial montre que 80% des personnes interrogées ne connaissent pas les signes évocateurs de la presbyphagie, 12% en ont déjà entendu parler sans pour autant pouvoir les citer et 8% ont quelques connaissances générales. En revanche, nous observons qu'aucune des personnes testées juge être suffisamment sensibilisées et informées. Quant au questionnaire final, il montre qu'encore 36% des personnes ne se sentent pas suffisamment informées. Nous notons, malgré tout, une progression des personnes se jugeant suffisamment informées avec un pourcentage passant de 0% à 24%.
- Symptômes presbyphagie : 44% des personnes se disent ne pas être informées sur la gravité des symptômes de la presbyphagie, 12% en ont déjà entendu parler, 28% ont des informations et quelques connaissances et 16% se sentent sensibilisées et suffisamment informées. Pour le questionnaire final, nous observons que 8% n'ont pas d'information, 24% en ont entendu parler, 24% ont quelques connaissances générales et 44% se disent sensibilisées et suffisamment informées.
- Prise en charge : Le questionnaire initial révèle que 48% des personnes ne savent pas qu'une prise en charge de la presbyphagie est nécessaire, et seulement 8% se jugent suffisamment

sensibilisées et informées. Au contraire, le questionnaire final montre que 20% des personnes ne sont pas informées de la nécessité d'une prise en charge contre 32% qui se sentent sensibilisées.

- Professionnels concernés : 28% des personnes ne sont pas informées, 40% en ont entendu parler sans pour autant avoir des informations concrètes, 12% ont quelques connaissances et 20% se disent suffisamment informées. Après le passage de l'auto-évaluation, nous observons que 12% ne se sentent toujours pas suffisamment informées, 24% en ont entendu parler, 28% ont quelques connaissances et 36% se décrivent comment étant sensibilisées.
- Éléments favorisant presbyphagie : Le questionnaire initial montre que 64% des personnes interrogées ne se jugent pas informées contre seulement 4% qui se sentent suffisamment sensibilisées et qui sont capables de citer des éléments concrets. Quant au questionnaire final, il révèle que 16% des personnes ne sont pas informées et ne sont donc pas en mesure de citer les éléments et 28% sont sensibilisées et citent plusieurs éléments favorisant la presbyphagie.
- Conséquences presbyphagie : 24% des personnes ne se sentent pas informées quant aux conséquences qu'engendre la presbyphagie. Seulement 4% se disent sensibilisées et donnent quelques exemples. Lors de la passation du questionnaire final, nous observons une inversion de la tendance. Il n'y a plus que 4% des personnes qui ne se jugent pas suffisamment informées contre 40% sensibilisées.

Lors de la passation du questionnaire initial nous avons obtenu 85 réponses « je ne suis pas informé(e) » sur l'ensemble des personnes interrogées et des questionnaires initiaux, et seulement 14 réponses « je suis sensibilisé(e) et suffisamment informé(e) ». Le questionnaire final révèle une inversion des tendances avec un total de 29 réponses « je ne suis pas informé(e) » sur l'ensemble des questionnaires de prise de conscience finaux contre 58 réponses « je suis sensibilisé(e) et suffisamment informé(e) ».

Effectivement, les questionnaires de prise de conscience mettent en évidence une différence des réponses avant et après la passation de l'auto-évaluation. Nous pouvons donc noter la sensibilisation du groupe cible étudié.

## **1.4. Analyse et synthèse des résultats des questionnaires des médecins.**

Pour notre étude, nous avons sollicité onze médecins afin qu'ils répondent à un questionnaire semi-ouvert nous permettant de recueillir leurs remarques sur les outils modélisés. Toutefois, sur les onze médecins initialement prévus, nous n'avons eu le retour que de dix questionnaires.

Notre panel est donc constitué de dix médecins : un médecin généraliste travaillant en libéral, sept travaillant en salariat dans un centre de médecine préventive et deux exerçant une activité mixte.

### **1.4.1. Connaissances de la presbyphagie.**

Cette partie permettait d'observer les connaissances des médecins sur la presbyphagie avant la présentation de notre outil d'informations.

Sur les dix médecins interrogés, quatre considèrent un patient comme étant âgé à partir de 0 ans et les six autres médecins les considèrent âgés lorsqu'ils ont entre 0 ans et 80 ans. Cinq médecins sur les dix ont déjà été confrontés à des patients présentant une presbyphagie. Les facteurs de risques principalement connus sont l'âge, les troubles de la mastication, les modifications de la salive et la présence d'un RGO. Les symptômes mentionnés par les médecins dans le questionnaire sont une diminution de la taille des bouchées, une déglutition forcée qui n'est plus spontanée, une modification de la voix, des reflux de liquides par le nez, des sensations d'étouffement en mangeant, des douleurs et des blocages lors de la déglutition, un encombrement respiratoire, des fausses routes, une toux, un allongement de la durée des repas et une perte d'autonomie. Les médecins interrogés ont cité les complications suivantes : une difficulté à manger certains aliments secs type viande et pain, une crainte et une angoisse lors des prises alimentaires pouvant aller jusqu'à une phobie, une perte de moral, la présence d'infections pulmonaires récidivantes, une déshydratation et une dénutrition avec un amaigrissement.

#### 1.4.2. Avis sur l’outil d’informations.

Cette seconde partie avait pour objectif de recueillir les avis des médecins concernant l’outil d’informations qui leur a été présenté sous forme de feuille plastifiée.

Le support proposé pour cet outil d’informations a semblé être apprécié et adapté selon les praticiens interrogés. Cependant, les médecins auraient également été intéressés par le même outil en version informatique, permettant de l’avoir à disposition. Dans l’ensemble, le contenu de l’outil d’informations leur a semblé pertinent. Néanmoins, certains termes pourraient être remplacés par d’autres étant plus usuels dans le domaine médical : « facteurs favorisants » remplacé par « facteurs de risques » ; « les signes devant alerter » par « signes fonctionnels » ; « conséquences graves » par « complications graves ». Les informations contenues dans l’outil sont suffisantes d’après les médecins. Elles leur ont permis de synthétiser leurs connaissances sur la presbyphagie et de la différencier de la dysphagie.

#### 1.4.3. Avis sur l’auto-évaluation.

Cette dernière partie permet le recueil des remarques concernant l’auto-évaluation.

L’ensemble des médecins qualifie l’auto-évaluation comme étant facile d’utilisation. Cependant, elle aurait pu être plus rapide à faire passer et certaines questions sont encore difficilement compréhensibles pour quelques patients. Les items proposés dans l’auto-évaluation sont pertinents pour évoquer une presbyphagie, néanmoins, leur agencement pourrait être modifié ainsi que leur nombre. L’utilité de certains items a posé question à plusieurs médecins interrogés, notamment l’item concernant la négligence du brossage de dents. L’échelle de l’auto-évaluation semble convenir aux médecins, mais une simplification de cette dernière pourrait être envisagée pour rendre la passation plus rapide et l’auto-évaluation plus facile à appréhender. L’un des médecins a proposé une échelle allant de 0 à 3 avec 0 rien à signaler et 3 présence systématique des difficultés, le 0 semblant plus facile à assimiler à « jamais » que le 1. Concernant l’élaboration d’un score de risque, les médecins sont unanimes pour dire qu’il serait indispensable dans un travail ultérieur. Il permettrait en effet aux médecins de répertorier les patients selon différentes catégories : rien à signaler surveillance avis spécialisé. Les médecins ont stipulé ne pas être intervenus lors de la passation de l’auto-évaluation. Certains médecins ont émis des remarques sur les items concernant la déshydratation et l’encombrement respiratoire. En effet, l’item sur la

déshydratation ne semble pas clair pour les patients, car ces derniers pensent que nous leur demandons s'ils boivent suffisamment alors que nous cherchons à savoir si un trouble de la déglutition les empêche de s'hydrater. Concernant l'item sur l'encombrement respiratoire, la difficulté pour les patients était de distinguer un encombrement lié à un trouble de la déglutition d'un encombrement lié au tabagisme ou à une allergie. Les patients n'ont cependant pas eu de remarque particulière, toutefois, certains étaient surpris de la variété des items proposés.

#### 1.4.4. Conclusion des données recueillies.

Ces questionnaires montrent que les médecins que nous avons interrogés présentent un intérêt pour la presbyphagie et qu'ils sont relativement bien informés sur les différents aspects de cette pathologie. Notre outil d'informations semble néanmoins avoir favorisé l'intégration de certaines notions clefs. Le recueil de leurs avis permettra d'améliorer l'auto-évaluation de manière à la rendre plus synthétique et plus pratique à coter.

## 2. DISCUSSION

### 2.1. Objectifs et résultats de la démarche.

Notre travail, qui fait suite à l'étude menée par Géraldine USQUELIS, avait pour objectif la modélisation d'un questionnaire d'auto-évaluation et d'un questionnaire de prise de conscience permettant aux personnes âgées de 0 ans et plus de se sensibiliser et de conscientiser l'existence de la presbyphagie. En effet, Madame USQUELIS avait mis en avant le fait que les patients et les médecins n'étaient que très peu informés sur l'existence de ce trouble. De ce fait, nous avons décidé de poursuivre son étude en modélisant des outils d'auto-évaluation à l'attention des patients pour les informer et leur permettre de se sensibiliser aux facteurs de risques, aux différents symptômes et aux conséquences qu'entraînent la présence d'un tel trouble. Afin d'objectiver les résultats obtenus lors de la passation de l'auto-évaluation, tous les patients testés ont bénéficié d'un bilan de déglutition.

Nous avons également, dans un second temps, modélisé un outil d'informations à l'attention des médecins, qui leur permettait, d'un seul coup d'œil, de trouver les notions clés liées à la

presbyphagie. Nous avons ensuite recueilli leurs avis et leurs remarques quant à la pertinence de l'auto-évaluation des patients et de l'outil d'informations qui leur était destiné.

L'utilisation de ces différents outils dans le but d'évaluer les apports de cette action sur le dépistage et la sensibilisation à la presbyphagie nous a permis de valider nos hypothèses : les appuis cliniques et littéraires ont permis la modélisation d'un questionnaire d'auto-évaluation (hypothèse 1), ce questionnaire doit être validé comme outil de prévention secondaire (hypothèse 2), le niveau de conscience des troubles presbyphagiques est modifié suite à la passation du questionnaire d'auto-évaluation (hypothèse 3), une action de prévention pilote de la presbyphagie basée sur le questionnaire d'auto-évaluation est réalisable par le biais des médecins généralistes (hypothèse 4) et l'outil d'informations adressé aux médecins généralistes est pertinent (hypothèse 4).

Par manque de temps, nous n'avons pas pu observer si la présence de l'outil d'informations modifiait à long terme certaines pratiques des médecins généralistes à qui nous l'avons proposé, cependant, certains patients interrogés à J0 et à J30 ont exprimé avoir plus prêté attention à leurs prises alimentaires suite à la première passation du questionnaire. Certains ont également pour souhait de discuter avec leur médecin de cette pathologie et de leur montrer le questionnaire. Ces démarches, émanant à la fois des médecins et personnes âgées, nous ont confortées quant à l'importance de la sensibilisation du personnel soignant et des personnes pouvant être concernées par cette pathologie.

Nous nous proposons, dans notre travail *d'élaborer un questionnaire d'auto-évaluation de la presbyphagie, dans un but de dépistage et de sensibilisation, destiné à être diffusé au cours d'une action de prévention de la presbyphagie par le biais des médecins généralistes.*

La modélisation de l'auto-évaluation s'appuie sur les ouvrages de RUGLIO et sur les apports des différents mémoires traitant des troubles de la déglutition. Pour modéliser ce questionnaire, nous avons sélectionné des items précis et nous avons élaboré une échelle d'évaluation. Cela nous permettait de mettre en évidence la présence ou non d'un trouble de la déglutition. Des différentes réponses analysées, nous avons pu mettre en évidence trois types de profils : non presbyphagiques, à risques et potentiellement presbyphagiques. Pour prouver la validité de l'auto-évaluation, nous avons fait passer un bilan de déglutition aux personnes à risques ainsi qu'aux personnes potentiellement presbyphagiques afin de vérifier la spécificité et la sensibilité de notre questionnaire. L'auto-évaluation permet effectivement la mise en évidence de la pathologie. Si nous nous référons à la définition de l'Organisation Mondiale de la Santé

précédemment évoquée dans la partie théorique, alors l'auto-évaluation offre une possibilité de dépistage visant à prévenir une population ciblée, donc elle est un outil utilisable dans l'action de prévention future envisagée.

Nous avons également élaboré un questionnaire de prise de conscience visant à évaluer le niveau de conscientisation des troubles de la déglutition. Ce questionnaire met en évidence l'action de sensibilisation permise par l'auto-évaluation. Au vu des résultats obtenus, nous pouvons dire que le questionnaire d'auto-évaluation modélisé pour les personnes âgées remplit son rôle d'outil de prévention. Pour rappel (cf. partie théorique) il existe trois types de préventions (primaire, secondaire et tertiaire) dont les niveaux d'action diffèrent en fonction du degré d'installation de la pathologie. Notre auto-évaluation se situe à mi-chemin entre la prévention primaire et la prévention secondaire. En effet, le questionnaire d'auto-évaluation permet une sensibilisation des personnes âgées aux troubles de la déglutition dans le but de les informer sur les signes évocateurs, les facteurs favorisants et les conséquences de la presbyphagie. Cependant, du fait que nous ne puissions pas empêcher l'apparition de la presbyphagie, l'auto-évaluation apparaît alors comme un outil de dépistage ayant pour objectif de maîtriser l'évolution de la pathologie et ses conséquences par une prise en charge précoce.

En définitive, l'outil permet bien l'auto-évaluation et la sensibilisation des patients qui en font, de fait, un outil adéquat pour être utilisable dans une action de prévention.

## **2.2. Limites de l'étude.**

Les résultats obtenus doivent néanmoins être interprétés avec précaution et ne peuvent être généralisés. Nous avons en effet relevé plusieurs limites à notre étude.

### **2.2.1. Choix de la population.**

En faisant le choix de travailler sur les troubles de la déglutition dans le cadre d'une presbyphagie, c'est-à-dire chez des personnes n'ayant pas d'antécédent de cancer ORL ni d'atteinte neurologique, nous avons été confrontées à plusieurs difficultés.

Nous désirions en effet proposer notre auto-évaluation à une trentaine de personnes âgées de plus de 70 ans dont la moitié était potentiellement à risque. Notre but était d'avoir un nombre équitable de personnes saines et de personnes présentant des troubles de la déglutition, afin de

valider notre questionnaire. Nous avons cependant eu beaucoup de difficultés à rencontrer des personnes chez qui les troubles n'étaient pas liés à un critère les excluant de notre protocole. Notre panel de personnes présentant une potentielle presbyphagie a donc été limité.

De même, nous aurions souhaité proposer notre outil d'informations à un plus grand nombre de médecins généralistes afin d'obtenir une quantité représentative d'avis concernant l'outil et le questionnaire d'auto-évaluation, mais par manque de temps, nous avons choisi de réduire notre panel.

### 2.2.2. Validation des hypothèses à pondérer.

Au vu des résultats analysés, nos hypothèses théoriques semblent valides. Néanmoins, l'échantillon de personnes interrogées ne nous permet pas de généraliser nos hypothèses à grande échelle et celles-ci doivent donc être nuancées :

- Le questionnaire d'auto-évaluation permet de recueillir le ressenti des personnes interrogées à propos de leur déglutition (hypothèse 1) : nous obtenons en effet des données qualitatives que seules les personnes testées sont en mesure de décrire. Cependant, des questions comme « la durée de vos repas augmente » induisent une réponse de type oui ou non sans que la personne ne se rende réellement compte d'une modification, qui serait peut-être mise en évidence au cours d'un entretien.
- Le questionnaire est valide (hypothèse 2) : la parité entre personnes saines et personnes presbyphagiques n'étant pas respectée, il conviendrait de réaliser cette étude en y intégrant plus de personnes potentiellement presbyphagiques.
- L'auto-évaluation permet une sensibilisation à la presbyphagie (hypothèse 3) : d'après les résultats obtenus aux questionnaires de prise de conscience initiaux et finaux, nous observons une augmentation du niveau d'information, bien qu'une séquence d'information ou un livret que les personnes interrogées pourraient conserver au même titre que l'outil d'informations pour les médecins nous semblerait plus adapté afin d'ancrer les informations.
- La diffusion du questionnaire est réalisable par le biais des médecins généralistes (hypothèse 4) : nous avons pour cela eu recours à nos connaissances ainsi qu'à des professionnels de santé.
- L'outil d'informations permet de sensibiliser les médecins généralistes (hypothèse 4) : le questionnaire nous a en effet permis de recueillir leurs avis mais, comme nous l'avons précisé précédemment, nous ne savons pas comment sera exploité cet outil sur le long terme.

Ces observations, en complément de nos hypothèses méthodologiques, invitent à faire preuve d'une certaine réserve, bien que les résultats obtenus aux questionnaires restent qualitativement valables.

### 2.2.3. Contenu de l'outil d'informations.

La difficulté principale à laquelle nous avons fait face lors de la conception de l'outil d'informations a été de distinguer les informations devant y figurer de celles n'étant pas indispensables. Notre objectif était en effet d'aboutir à un support synthétique sous forme de points clés et, pour cela, nous avons dû limiter la quantité d'éléments.

Bien que nous aurions souhaité approfondir certains points, il nous est apparu évident que notre outil ne pourrait être exhaustif mais permettrait tout de même de donner aux médecins généralistes les principaux éléments pouvant attirer l'attention lors d'une consultation auprès d'une personne âgée présentant des difficultés de déglutition.

Toutefois, nous prenons également en considération le fait que cet outil a été modélisé à partir de nos connaissances théoriques actuelles et de notre approche clinique débutante, expliquant que les informations que nous proposons ne sont peut-être pas celles qu'un orthophoniste plus aguerri dans sa pratique aurait mises en avant.

### 2.2.4. Fiabilité de l'auto-évaluation.

Comme nous l'avons vu précédemment, les réponses à certaines questions du questionnaire sont à relativiser car elles induisent une réponse de type oui ou non qui ne laisse pas toujours la place aux personnes testées de développer leurs réponses et de cheminer dans leurs réflexions.

De même, les différents modes de passation (entretiens téléphoniques, passations en notre présence, par des tiers...) induiraient un biais et éventuellement orienteraient les réponses selon les commentaires faits par les différents testeurs. Effectivement, nous notons que, bien que nous ne devions pas intervenir lors de la complétion de l'auto-évaluation par les personnes testées, celles-ci avaient tendance à nous poser des questions et à chercher notre approbation. Cette tendance nous a permis d'observer quels items posaient le plus de soucis de compréhension et de repérer les questions ne permettant pas d'obtenir une réponse entièrement fiable sans entretien complémentaire.

## 2.3. Perspectives et apports.

### 2.3.1. Choix de la population et travail à long terme.

Nous pensons qu'une étude semblable menée à plus grande échelle et sur une plus longue période serait bénéfique. En effet, nous nous sommes limitées à un nombre restreint de personnes interrogées, ce qui rend notre auto-évaluation moins représentative. De même, nous ne nous sommes adressées qu'aux médecins généralistes, dans la mesure où ils sont les premiers professionnels de santé auxquels les personnes âgées sont susceptibles de faire part de difficultés de déglutition. Cependant, il serait intéressant d'informer les autres professionnels médicaux et paramédicaux, également concernés par la prise en charge des patients presbyphagiques et demandeurs d'informations quant aux adaptations à mettre en place.

Par ailleurs, nous pensons que travailler à long terme auprès des professionnels favoriserait une modification des pratiques.

### 2.3.2. Vers une auto-évaluation quantitative et simplifiée.

L'étude que nous avons réalisée est une étude qualitative qui s'est donc faite sur un panel de patients et de médecins limité en nombre, excluant la possibilité de mettre en place un étalonnage statistique permettant de fixer des normes quantitatives. Il serait intéressant d'exploiter notre travail avec plus de patients atteints de presbyphagie et ainsi mener un travail quantitatif.

Effectivement, les outils que nous avons proposés pourraient être améliorés, notamment en mettant en place un « score diagnostic » qui permettrait aux personnes testées d'obtenir à la fin de l'auto-évaluation un résultat, permettant aux médecins de les situer dans différentes « catégories » : tout va bien ; à surveiller ; à risque ; pathologique.

De plus, nos questionnaires étant des questionnaires « pilotes », ils regroupent un grand nombre d'items pour permettre de balayer plusieurs symptômes. Bien que notre volonté était de rendre nos outils concrets et rapides, ces derniers pourraient être modifiés en vérifiant que toutes les questions sont justifiées afin de ne garder que le strict essentiel. Dans la même optique de simplifier nos outils, il serait intéressant de proposer une échelle qui pourrait être plus pertinente et plus précise que celle que nous avons modélisée en proposant par exemple un départ à 0 et non à 1, le 0 étant plus facile à comprendre comme « jamais »).

L'objectif principal serait de « vulgariser » le questionnaire afin qu'il soit à la portée de tous, pour que chacun puisse « s'auto-dépister ». Pour cela, l'idéal serait de pouvoir mettre à disposition

l'auto-évaluation (salle d'attente de professionnels de santé, revues grands public, sur internet...) pour inciter les gens à la compléter par curiosité et ensuite la faire faire à une connaissance qui leur paraît concernée par le problème.

### 2.3.3. Apports professionnels.

Ce travail nous a donné l'occasion d'échanger avec de nombreux professionnels de santé, autant sur la presbyphagie que sur le rôle de l'orthophoniste dans sa prise en charge, encore méconnu.

De même, lors des passations de nos questionnaires, nous avons pu rencontrer et échanger avec les personnes âgées. Ces dernières nous ont fait part de leurs expériences et de leurs connaissances de la pathologie et elles se sont toutes montrées accueillantes à notre égard et intéressées par les informations que nous souhaitions leur faire passer.

Nos différentes rencontres avec les professionnels de santé et les personnes âgées nous ont permis de nous rendre compte de l'intérêt que ces derniers portaient à notre travail et plus globalement à la presbyphagie. C'est lors de ces différents entretiens que nous nous sommes rendu compte de la pénurie d'information concernant la presbyphagie et sa prise en charge. Notre étude a permis la transmission de certaines informations, mais il est nécessaire de poursuivre ce travail et de continuer d'informer et de sensibiliser le corps médical ainsi que les personnes âgées susceptibles d'être concernées par cette pathologie.

## CONCLUSION

Les conclusions apportées par le mémoire de Madame USQUELIS faisant un état des lieux sur la presbyphagie ont mis en évidence une méconnaissance de cette pathologie de la part des médecins et des personnes âgées. Avec l'objectif de poursuivre son travail, nous avons émis la problématique suivante : *nous nous proposons d'élaborer un questionnaire d'auto-évaluation de la presbyphagie, dans un but de dépistage et de sensibilisation, destiné à être diffusé au cours d'une action de prévention de la presbyphagie par le biais des médecins généralistes.*

Nous avons donc conçu un outil permettant aux patients d'auto-évaluer leur déglutition et ainsi proposer un premier travail de dépistage. Nous voulions, par ce questionnaire d'auto-évaluation, faire prendre conscience aux personnes testées de l'importance d'un trouble de la déglutition sur la santé et la qualité de vie. Nous souhaitons également, grâce à la passation de l'auto-évaluation, permettre une meilleure conscientisation des facteurs de risques, des éléments favorisants et des conséquences engendrées par la presbyphagie. Pour cela, nous avons modélisé un questionnaire appelé « prise de conscience » permettant d'évaluer le niveau de connaissance des personnes interrogées avant et après la passation de l'auto-évaluation.

L'analyse des résultats a permis de montrer qu'une amélioration des connaissances des personnes testées à été possible grâce à l'auto-évaluation. Nous avons en effet constaté que les réponses sont meilleures dans le questionnaire de prise de conscience final, c'est à dire le questionnaire proposé après l'auto-évaluation.

Dans la mesure où les médecins généralistes sont généralement les premiers professionnels de santé vers lesquels se dirigent les personnes pouvant être concernées par la presbyphagie, nous avons souhaité les intégrer à notre étude, dans l'optique d'une future action de prévention à plus grande échelle. Nous avons donc également proposé à plusieurs médecins généralistes un outil d'informations dans lequel nous avons regroupé les notions clefs de la presbyphagie.

Nous avons également sollicité ces médecins pour l'auto-évaluation, en leur proposant de faire passer ce questionnaire à certains de leurs patients et de nous faire un retour en remplissant un questionnaire afin qu'ils nous fassent parvenir leurs remarques et leurs avis quant à l'auto-évaluation et l'outil d'informations.

L'analyse de l'ensemble de nos résultats nous a permis de valider nos hypothèses théoriques, cependant, notre travail portant sur un petit panel de personnes âgées de 0 à 95 ans ainsi qu'un petit nombre de médecins, il convient de relativiser les résultats obtenus qui ne peuvent pas être généralisés.

Toutefois, notre étude étant qualitative, nous souhaitons conserver un échantillon réduit de personnes interrogées afin de tester nos questionnaires pilotes dans le but de poursuivre un travail ultérieur de prévention à plus grande échelle, en augmentant le panel de personnes âgées ainsi que celui des médecins.

Les différentes perspectives de poursuite de cette étude nous confortent dans l'idée que la prévention de la presbyphagie, tant auprès des personnes concernées que du personnel soignant, est primordiale, d'autant plus que ceux-ci en sont demandeurs. Il est nécessaire de faire connaître les possibilités de prise en charge de cette pathologie dont les conséquences sont encore trop méconnues et dont les effets sont délétères, tant sur la vie sociale que sur le plan psychologique, et nuire au vieillissement.

## **BIBLIOGRAPHIE**

ARNOULD, D., *Dysphagie post-radiothérapie : Élaboration d'une séquence d'information à destination des médecins oncologues-radiothérapeutes*. Mémoire d'orthophonie, Nancy, 2014

BERTHIER, N., *Les techniques d'enquête en sciences sociales, Méthodes et exercices corrigés, 4ème édition*, Armand Colin, 2011, 350p.

BRIN, F., COURRIER, C., LEDERLE, E., MASY, V., *Dictionnaire d'orthophonie*. Isbergues : Ortho Edition, 2011, 17p.

CAPET, C., DELAUNAY, O., IDRISSE, F., LANDRIN, I., & KADRI, N. (2007). Troubles de la déglutition de la personne âgée : bien connaître les facteurs de risque pour une prise en charge précoce. *NPG Neurologie - Psychiatrie - Gériatrie*, 7, 15-23.

CRUNELLE D. & CRUNELLE J.P. (2008), DVD-rom, *es troubles d'alimentation et de déglutition*. Isbergues : Orthoédition.

FLAJOLET, A. (2008). *La prévention : définitions et comparaisons*, annexe 1.

GORDON, RS., An operational classification of disease prevention, *Public Health Report*, Vol 98, 2 ; 107-9, 1983.

GUEDJ ROUAH, A., *La prise en charge des troubles de la déglutition en EHPAD*. Etude descriptive des pratiques professionnelles de Médecins Coordonnateurs dans 27 EHPAD d'un groupe privé associatif. Paris, 2013

Haute Autorité de Santé. (2014). *adaptations de l'éducation thérapeutique chez les personnes âgées en risque de perte d'autonomie (PAERPA)*

HUMBERT, IA., ROBBINS, J. (2008). Dysphagia in the elderly. *Phys Med Rehabil Clin N Am* 853-866.

LACAU SAINT GUILY, J., PÉRIÉ, S., BRUEL, M., ROUBEAU, B., SUSINI, B., & GAILLARD, C. (2005). Troubles de la déglutition de l'adulte. Prise en charge diagnostique et thérapeutique. *EMC - Oto-rhino-laryngologie*, 2, 1-25.

Logemann, J. A. (2007). Swallowing disorders. *Best Practice and Research Clinical Gastroenterology*, 21, 4, 563-573.

Nomenclature générale des actes professionnels.

OMS (<http://www.who.int/fr/>)

PAUCHET-TRAVERSAT, A- . (2008). Élaboration d'un document écrit d'information à l'intention des patients et des usagers du système de santé, *Service des bonnes pratiques professionnelles*, Haute Autorité de Santé

PENIGAULT, P., RUGLIO, V., Dysphagie neurogériatrique : du bon sens au sens pratique. Entretiens de Bichat, 2015, p.134- p.139.

PSYCHOLOGIE DE LA PREVENTION (<http://psydelaprevention.wix.com/afpp#!les-types-de-prevention/cicd>)

PUISIEU , . (201 ). Troubles de la déglutition du sujet âgé. *La revue du praticien*, N°954, 65-69.

PUISIEUX, F., D'ANDREA, C., BRACONNIER, P., et al. Troubles de la deglutition du sujet âgé et pneumopathies en 14 questions/réponses. *Revue des maladies respiratoires* p.587-p.605.

RUGLIO, V., *Vivre au quotidien avec des troubles de la déglutition*. De Boeck Solal, 2009, 20p.

USQUELIS, G., *Presbyphagie : État des lieux des connaissances des signes d'alerte et des risques chez les personnes âgées et les médecins*. Mémoire d'orthophonie, Nancy, 2015

## ANNEXES

Annexe 1 : Questionnaire d'auto-évaluation

Annexe 2 : Lettre patients

Annexe 3 : Questionnaire prise de conscience

Annexe 4 : Lettre médecins

Annexe 5 : Questionnaire médecins généralistes

Annexe 6 : Outil d'informations

## Auto-évaluation

1 : **jamais** = avec aucun aliment et/ou texture ; à aucun moment.

2 : **de temps en temps** = avec certains aliments et/ou textures ; de façon ponctuelle et assez rare.

3 : **fréquemment** = avec de nombreux aliments et/ou textures ; à fréquence élevée.

4 : **quasiment toujours** = avec tous les aliments ou presque tous les aliments et/ou textures ; à fréquence très élevée.

Signes évocateurs d'un trouble de déglutition	1	2	3	4
Il reste des aliments dans votre bouche après avoir avalé.				
Vous ressentez une douleur, une gêne, un blocage en avalant.				
Vous constatez une modification de votre voix après avoir dégluti.				
Vous faites des fausses routes (avaler de travers) lors des repas ou peu de temps après.				
Vous avez besoin de déglutir plusieurs fois d'affilée et de garder les aliments en bouche plus longtemps.				
La durée de vos repas augmente.				
Vous séparez vos repas en plusieurs collations tout au long de la journée.				
Il arrive que des aliments ou des liquides passent par le nez.				
Lorsque vous mangez, vous notez des fuites d'aliments et/ou de boissons par la bouche.				
Vous souffrez d'un encombrement respiratoire qui n'est pas lié au tabagisme, à l'asthme ou à une allergie.				

Facteurs favorisant les troubles de déglutition	1	2	3	4
Vous avez des difficultés à mastiquer.				
Il vous arrive de négliger le brossage de dents.				
Vous manquez de salive, ou celle-ci est anormale.				
Vous avez des remontées acides (RGO : reflux gastro-oesophagien).				

- 1 : **jamais** = à aucun moment.
- 2 : **de temps en temps** = de façon ponctuelle et assez rare.
- 3 : **fréquemment** = à fréquence élevée.
- 4 : **quasiment toujours** = à fréquence très élevée.

<b>Conséquences des troubles de déglutition</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>
Vous êtes déshydraté à cause d'une difficulté à déglutir.				
Vous avez souffert d'infections pulmonaires.				
Prendre un repas est une source d'angoisse.				
Vous vous isolez lors des repas.				
Si vous faites une fausse route, vous ressentez une sensation d'asphyxie.				
Vous avez été hospitalisé suite à une fausse route importante.				
Votre poids est : 1 = en augmentation 2 = stable 3 = en légère diminution (<3kg de votre poids sur 3 derniers mois) 4 = en forte diminution (>3kg de votre poids sur 3 derniers mois)				

**REMARQUES :**

.....

.....

.....

.....

.....

.....

**Nous vous remercions de votre participation !**

Madame, Monsieur,

Nous sommes deux étudiantes de l'école d'orthophonie de Nancy. Dans le cadre de notre mémoire de fin d'études nous mettons en place des outils permettant de sensibiliser les personnes de plus de 70 ans **à la presbyphagie** (trouble de la déglutition lié au vieillissement normal).

Notre mémoire a pour objectif de mettre en place une **action de prévention** à destination des personnes de plus de 70 ans et des médecins généralistes. Dans le but de favoriser le **dépistage de la presbyphagie** encore peu connue et dont les risques peuvent porter atteinte à la vie de la personne.

Pour cela, nous avons créé deux questionnaires :

- Le premier est un **questionnaire de prise de conscience** qui nous permettra **de voir si votre connaissance de la presbyphagie a évolué grâce à l'auto-évaluation**. Ce questionnaire vous sera proposé avant le questionnaire d'auto-évaluation, mais également après, afin de voir si l'auto-évaluation a permis d'améliorer vos connaissances.
- Le deuxième est un **questionnaire d'auto-évaluation** qu'il vous faudra remplir pour nous permettre de savoir si vous êtes sujet à un trouble de la déglutition. Ce questionnaire est composé de 21 questions réparties selon trois thèmes : **les signes évocateurs, les facteurs favorisants et les conséquences**. Nous avons mis en place une échelle de 1 à 4 (dont la légende figure sur l'auto-évaluation) afin de mieux analyser vos réponses. Ce questionnaire fera l'objet de deux passations à un mois d'intervalle afin d'en vérifier sa reproductibilité.

Nous vous remercions par avance pour l'intérêt que vous porterez à notre étude. N'hésitez pas à nous contacter pour recevoir plus d'informations au :

Elora GUILLAUMONT & Audrey O'NEILL

## Questionnaire de Prise de Conscience

Ces questions ont pour but de voir votre niveau de connaissances sur la **presbyphagie**, ses symptômes et ses risques. Ce questionnaire nous permettra de faire un constat sur votre conscience du trouble.

Vous répondrez à ces questions **avant et après le questionnaire d'auto-évaluation**.

L'objectif de ce questionnaire est d'évaluer la pertinence de l'auto-évaluation dans la prise de conscience du sujet. Nous retranscrivons vos réponses de manière **anonyme**.

NOM : .....

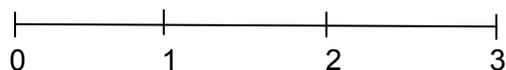
AGE : .....

SEXE : Homme  Femme

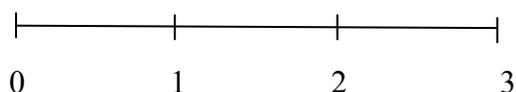
PROFESSION EXERCEE (avant retraite) : .....

0 : je ne suis pas informé(e) ; 1 : j'en ai entendu parler sans pour autant avoir des informations concrètes ; 2 : j'ai des informations et quelques connaissances générales ; 3 : je suis sensibilisé(e) et suffisamment informé(e).

1. La presbyphagie est un trouble de la déglutition lié à l'âge.



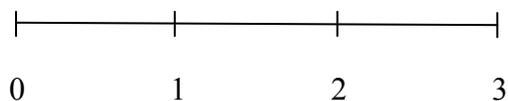
2. Il existe des signes évocateurs de la presbyphagie.



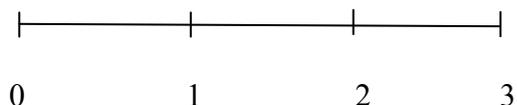
Lesquels :

.....  
.....

3. Les symptômes de la presbyphagie peuvent être graves.



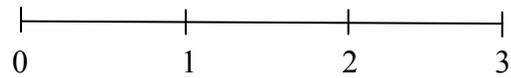
4. Une prise en charge est nécessaire.



5. Les médecins ORL et les orthophonistes sont les professionnels aptes à évaluer et à prendre en charge les troubles de la déglutition.



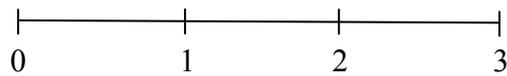
6. Il existe des éléments favorisant les troubles de la déglutition.



Lesquels :

.....  
.....

7. Les troubles de la déglutition entraînent des conséquences importantes sur la santé et sur la qualité de vie.



Lesquelles :

.....  
.....

**Nous vous remercions de votre participation !**



Elora GUILLAUMONT

Audrey O'NEILL

Docteur,

Notre mémoire de fin d'étude d'orthophonie porte sur l'élaboration d'un questionnaire d'auto-évaluation de sensibilisation à la presbyphagie à destination des personnes âgées et d'un outils d'informations pour les médecins généralistes.

L'objectif est d'aider au dépistage et à la sensibilisation des personnes à risque, et d'informer les médecins en synthétisant les connaissances concernant la presbyphagie.

- Pour cela, le questionnaire d'auto-évaluation (modélisé et validé par pré-test puis diffusion auprès de 24 personnes âgées à ce jour) vous sera transmis accompagné d'un outil d'informations sur la presbyphagie. Il s'agira de faire passer le questionnaire à 2 ou 3 de vos patients retenus selon les critères suivants :
  - âge : plus de 70 ans,
  - sans antécédent de cancer ORL,
  - sans trouble neurologique.

S'agissant d'un questionnaire « pilote », l'analyse des résultats est uniquement qualitative et n'aboutit pas à un score.

- Un 2ème questionnaire qu'il vous faudra remplir en quelques minutes vous sera ensuite communiqué pour recueillir vos remarques quant à la pertinence de l'auto-évaluation des patients et de l'outil d'informations.

En vous remerciant de l'attention portée à notre projet, veuillez agréer, Docteur, l'expression de nos salutations distinguées.

Elora GUILLAUMONT et Audrey O'NEILL.

## QUESTIONNAIRE POUR MÉDECINS GÉNÉRALISTES

**INITIALES** : Docteur ..... ..

**MODE D'EXERCICE** : libéral  salarié  mixte

Ce questionnaire a pour objectif de recueillir vos remarques et votre avis concernant :

- l'auto-évaluation proposée aux patients.
- l'outil d'informations destiné aux médecins.

### CONNAISSANCES DE LA PRESBYPHAGIE

1. A partir de quel âge considérez-vous un patient comme étant **âgé** ?
2. Avez-vous déjà été **confronté** à des patients présentant une presbyphagie ?
3. Connaissez-vous certains **facteurs de risque** de la presbyphagie ? (si oui, précisez).
4. Connaissez-vous les principaux **symptômes** de la presbyphagie ? (si oui, précisez).
5. D'après vous quels sont les **complications** les plus fréquentes ?

## VOTRE AVIS CONCERNANT L'OUTIL D'INFORMATIONS

1. Le support (**papier**) de l'outil d'informations vous convient-il ?
2. Un **autre support** vous aurait-il intéressé ? (si oui, précisez).
3. Le **contenu** de l'outil vous semble-t-il pertinent ?
4. Rajouteriez-vous ou supprimeriez-vous des **informations** ?
5. L'outil vous a-t-il permis de **synthétiser** vos connaissances sur la presbyphagie ?

## VOTRE AVIS POUR L'AUTO-ÉVALUATION PATIENTS

1. L'auto-évaluation est-elle d'**utilisation** facile (compréhension, rapidité) ?
2. Les items de l'auto-évaluation sont-ils **pertinents** pour évoquer une presbyphagie ?
3. L'**échelle** de 1 à 4 par item vous paraît-elle suffisante pour évoquer une presbyphagie ?
4. Un travail ultérieur pour établir un **score de risque** permettant au patient de se situer par rapport au trouble et d'envisager une consultation avec son médecin vous paraît-il nécessaire ?
5. Les patients ont-ils répondu **seuls** aux questions ou ont-ils eu besoin de votre aide ?
6. Avez-vous des **remarques** quant aux items ou questions retenus ?
7. Les **patients** ont-ils eu des remarques ou difficultés avec certaines questions ?

## Presbyphagie et Prévention : Elaboration d'un outil d'auto-évaluation dans le cadre d'une action de prévention relayée par les médecins généralistes

### Résumé :

La population étant vieillissante, nous sommes de plus en plus confrontés à de nouvelles pathologies. La presbyphagie en fait partie. Ce trouble de la déglutition lié à l'âge est encore mal connu du corps médical et peut avoir des répercussions importantes sur la santé des personnes vieillissantes. Notre travail de prévention rentre dans la continuité de l'étude menée par Géraldine USQUELIS qui a démontré le peu d'informations mises à disposition des médecins pour les aider à dépister la presbyphagie. Notre but est la sensibilisation et l'information des personnes âgées et des médecins généralistes de l'existence de cette pathologie ainsi que des éléments permettant de la suspecter. Dans cet objectif de sensibiliser et d'informer les personnes âgées, nous avons émis l'hypothèse que le questionnaire d'auto-évaluation permettrait une prise de conscience des signes évocateurs et des facteurs favorisant la presbyphagie ainsi que de ses conséquences. Pour nous permettre de valider cette hypothèse, nous avons également modélisé un questionnaire appelé « PRISE DE CONSCIENCE » permettant d'évaluer les connaissances des personnes interrogées avant et après la passation de l'auto-évaluation. Dans un même temps, nous avons créé un outil d'informations, destiné aux médecins généralistes afin de les renseigner sur les notions clés de ce trouble qu'est la presbyphagie. Pour vérifier la pertinence de notre outil d'informations et de notre questionnaire d'auto-évaluation proposé aux patients, nous avons aussi demandé aux médecins participant à notre étude de remplir un questionnaire pour nous permettre de recueillir leurs avis et remarques. L'analyse de nos résultats a permis de valider nos hypothèses. En effet, les résultats de notre travail ont permis de montrer une meilleure sensibilisation ainsi qu'une meilleure connaissance de la presbyphagie pour les personnes interrogées.

**Mots clefs :** Presbyphagie – Déglutition – Prévention – Dépister – Personnes âgées – Auto-évaluation – Médecins généralistes – Outil d'informations

## Presbyphagia (dysphagia elderly) and Prevention : Elaboration of a self-evaluation tool as part of a prevention action relayed by general practitioners

### **Abstract :**

Population is going to be more and more aged, then we are increasingly faced with new pathologies. Presbyphagia is part of them. This swallowing disorder associated with age is actually unknown by the medical professions. It can have significant impact on the older people health. Our prevention work fit into the continuity of Geraldine USQUELIS study, who showed and demonstrated the limited informations wich are available for medical corporations and general practitioners to help them track Presbyphagia. Our target is to find the way to educate and inform the elderly and general practitioners of the existence of this desease, giving them all the tools to suspect it as well. As we would like to educate and inform the eldery, we make the assumption that the self-evaluation quiz allows and awareness of signs evocative, factors favoring presbyphagia and their consequences. To enable us to confirm this hypothesis, we also modeled a multiple choice test called " GETTING AWARENESS" to assess the knowledge of the respondents before and after passing the self-assessment. At the same time, we have created an information tool for general practitioners to inform them on keys concepts of Presbyphagia. To check the effectiveness of our information tool and self-assessment questionnaire offered to patients, we also asked the general practitioners participant in our study, to complete another quiz to enable us to obtain theirs views and comments. All our assumptions were validated by our results. The results of our work have allowed us to show greater awareness and better understanding of the presbyphagia for all respondents.

Key words : Presbyphagia – Swallowing – Prevention – to Detect – the Elderly – Self-evaluation – general practitioners – information tool