



## Presbyphagie et santé orale

Elaboration d'un support informatif auprès du personnel soignant du service gériatrique du CHwapi

Promotrice : Mme Nadine GALLANT

Anaëlle CELERINE  
Lucile CHANAS

Travail de fin d'études réalisé en vue d'obtenir le titre de bachelier en logopédie

Année académique 2021- 2022



## REMERCIEMENTS DE LUCILE

Je tiens tout d'abord à remercier le personnel soignant du CHwapi qui a donné de son temps pour répondre aux questionnaires et participer à l'étude. Je remercie vivement l'équipe de logopèdes, les chefs de service, les gériatres pour leurs retours positifs et leurs encouragements.

Je remercie sincèrement notre promotrice, Madame Nadine Gallant, qui a soutenu notre travail, et qui m'a donné le goût et l'envie de m'intéresser au domaine de la déglutition et de la santé orale.

J'adresse mes remerciements à mes proches et mes amis qui m'entourent. Merci à ma mère, qui m'a épaulée à distance et qui m'a relue plusieurs fois pour que ce travail aboutisse. Merci à mes parents qui m'ont toujours soutenue, et qui ont cru en ma réussite. À mes deux frères et ma sœur Clémence, j'espère qu'ils sont fiers de moi autant que je le suis d'eux. J'ai de la chance d'avoir une famille comme la nôtre.

Un grand merci à mon talentueux beau-frère Théophile, pour son implication dans la vidéo, ses mains sont magiques !

Un immense merci à mon parrain, Norbert, pour l'aide inestimable du montage et la réalisation de notre film !

Merci à Marine, ma chère amie depuis toutes ces années, qui m'a donné envie de faire ce fabuleux métier.

Merci à ma tante, Isabelle, pour toutes les relectures et le temps précieux accordé.

Je tiens également à remercier mes collègues de promotion et toutes les personnes que j'ai croisées sur mon chemin durant ces trois années qui m'ont fait évoluer et qui m'ont permis de devenir celle que je suis aujourd'hui.

Merci à Lorène, ma coach logo, pour son optimisme, son aide et tous ses conseils. Je ne sais pas comment j'aurais réussi sans elle !

Et à Anaëlle pour ce travail intense de collaboration. J'ai pressenti que nous ferions un beau travail ensemble ! Je la remercie pour son professionnalisme, sa persévérance et sa bienveillance. Je suis certaine qu'elle sera une logopède formidable !

Je remercie tendrement mes deux filles, Eléna et Eden qui ont été remarquables durant ces trois dernières années. Elles m'ont apporté tellement d'amour, de force et de courage.

Et bien sûr, je remercie Sylvain, mon mari sans qui ce projet de reconversion n'aurait pas été possible, merci d'avoir permis de me réaliser professionnellement, de m'avoir encouragée, soutenue et d'avoir assumé les choses que je n'avais pas le temps de faire.

Merci de croire en moi.

## REMERCIEMENTS D'ANAËLLE

*« Un seul mot, usé, mais qui brille comme une vieille pièce de monnaie : MERCI ! »*

Pablo Neruda

Je tiens à remercier Mme Nadine Gallant, notre promotrice, pour son dévouement, sa disponibilité et ses précieux conseils tout au long de cette année. J'ai également une pensée pour l'ensemble du corps professoral de la Haute École Condorcet pour ces trois années riches en découvertes et en apprentissages.

À l'équipe soignante du service de gériatrie du CHwapi et aux extraordinaires logopèdes présentes, je ne saurais comment vous exprimer ma gratitude pour votre participation, vos retours et vos conseils !

Merci à toutes les personnes qui ont participé à notre projet de près ou de loin !

Un tendre merci rempli d'amour à ma mère et à mon père qui m'ont soutenue chaque jour et cela même à des dizaines de milliers de kilomètres. Ils m'ont accompagnée jusqu'au bout de mes ambitions et de mes choix. Ils n'ont jamais cédé face aux difficultés que pouvait apporter cette formation. Vous êtes un exemple de courage, de volonté, de simplicité, de respect et d'amour.

À mes très chères sœurs, Ophélie et Margaux, qui malgré leur jeune âge m'ont beaucoup appris et enseigné. J'ai une chance inouïe d'avoir une famille aussi soudée et aimante, je vous aime profondément.

Après quelques fracas et des épreuves amères, ce travail de fin d'études permet à ma famille et à moi-même de clore un chapitre de nos vies.

Je n'oublie pas toutes mes copines de promo qui ont su égayer ma vie durant ces trois ans et qui ont pu adoucir l'hiver du Grand Nord ! À vos côtés, la vie ilienne n'était plus qu'un lointain souvenir !

Enfin, j'exprime toute ma reconnaissance à Lucile, qui sans sa volonté, son écoute, son courage et sa force, ce travail n'aurait pu exister. Tu as su mener avec agilité et ténacité ta vie familiale et ta vie professionnelle, tu es une femme épatante !

Je finirai mes remerciements par ce proverbe créole exprimant une qualité importante acquise au sein de cette formation : la patience.

*« Gro poisson i bek si l'tar »*

Traduction : Tout vient à point à qui sait attendre

# Table des matières

|  |    |
|--|----|
| <b>PARTIE THEORIQUE</b> .....  | 10 |
| <b>INTRODUCTION</b> .....  | 11 |
| <b>I. Le vieillissement et la personne âgée</b> .....                  | 13 |
| <b>1. Le vieillissement</b> .....                                      | 13 |
| 1.1. Définition .....  | 13 |
| 1.2. Le vieillissement et ses effets sur l'organisme .....             | 14 |
| <b>2. Le concept de fragilité</b> .....                                | 15 |
| 2.1. Le modèle phénotypique selon Linda Fried .....                    | 15 |
| 2.2. Le modèle d'accumulation de Rockwood.....                         | 16 |
| 2.3. Intérêts de la prise en compte de la fragilité .....              | 16 |
| <b>II. La déglutition</b> .....  | 17 |
| <b>1. La physiologie de la déglutition</b> .....                       | 17 |
| 1.1. La préparation du bol alimentaire.....                            | 17 |
| 1.2. La phase orale de la déglutition.....                             | 18 |
| 1.3. La phase pharyngée de la déglutition.....                         | 19 |
| 1.4. La phase œsophagienne de la déglutition.....                      | 20 |
| 1.5. Le contrôle neurologique de la déglutition .....                  | 20 |
| <b>2. La dysphagie</b> .....   | 21 |
| 2.1. La physiologie de la déglutition .....                            | 21 |
| 2.2. Les symptômes des troubles de la déglutition .....                | 22 |
| <b>3. La presbyphagie : le vieillissement de la déglutition</b> .....  | 23 |
| 3.1. Les spécificités de la presbyphagie .....                         | 24 |
| 3.2. Le vieillissement physiologique de la sphère orofaciale .....     | 25 |
| 3.3. Les modifications de la déglutition chez la personne âgée.....    | 28 |
| 3.4. Les conséquences de la presbyphagie .....                         | 30 |
| 3.5. La prise en charge logopédique .....                              | 31 |
| <b>III. La santé orale</b> .....                                       | 32 |
| <b>1. Définition et enjeux</b> .....                                   | 32 |
| <b>2. Conséquences d'une mauvaise santé orale en déglutition</b> ..... | 33 |
| <b>3. La presbyphagie et la santé orale</b> .....                      | 34 |
| 3.1. La sécheresse buccale chez le sujet âgé .....                     | 34 |
| 3.2. Dysfonctionnement de la mastication chez le sujet âgé .....       | 37 |

|      |  |    |
|------|--|----|
| 3.3. | Dysfonctionnement de la digestion chez le sujet âgé .....                      | 40 |
| 4.   | Intervention pluridisciplinaire et effets thérapeutiques des soins oraux ..... | 43 |
| IV.  | Sensibilisation et prévention .....  | 44 |
| 1.   | Prévention en logopédie .....  | 44 |
| 1.1. | Définition .....   | 44 |
| 1.2. | Cible et intérêts de la prévention .....                                       | 44 |
| 2.   | Limites de l'accès aux soins .....   | 45 |
|      | CONCLUSION .....   | 48 |
|      | PARTIE PRATIQUE .....  | 49 |
|      | INTRODUCTION .....   | 50 |
| I.   | Sujets, matériels et méthodes .....  | 51 |
| 1.   | Population visée .....   | 51 |
| 1.1. | Critères d'inclusion .....   | 51 |
| 1.2. | Critères d'exclusion .....   | 51 |
| 1.3. | Chronologie de l'étude .....   | 51 |
| 2.   | Matériel utilisé : premier questionnaire .....                                 | 52 |
| 2.1. | Choix des items et des questions .....   | 52 |
| 2.2. | Validation .....   | 57 |
| 2.3. | Diffusion .....  | 57 |
| 3.   | Résultats du premier questionnaire .....                                       | 58 |
| 3.1. | Sensibilisation générale à la santé orale selon les professions .....          | 60 |
| 3.2. | Perception des dysfonctionnements des mécanismes de la santé orale .....       | 65 |
| 3.3. | Difficultés rencontrées et recours dans l'accès aux soins .....                | 75 |
| II.  | Création du support audiovisuel et retours .....                               | 78 |
| 1.   | Le support audiovisuel .....   | 78 |
| 1.1. | Thèmes abordés .....   | 78 |
| 1.2. | Validation .....   | 79 |
| 1.3. | Diffusion .....  | 80 |
| 2.   | Deuxième questionnaire dit « de satisfaction » .....                           | 80 |
| 3.   | Résultats du questionnaire de satisfaction .....                               | 82 |
| 4.   | Méthodes d'analyse .....   | 86 |
| III. | DISCUSSION .....   | 87 |
| 1.   | Limites et biais .....   | 87 |
| 2.   | Perspectives .....   | 88 |



|                            |     |
|----------------------------|-----|
| <b>CONCLUSION</b> .....    | 90  |
| <b>Bibliographie</b> ..... | 91  |
| <b>Annexe I</b> .....      | 101 |
| <b>Annexe II</b> .....     | 102 |
| <b>Annexe III</b> .....    | 106 |
| <b>Annexe IV</b> .....     | 107 |
| <b>Annexe V</b> .....      | 108 |

# PARTIE THEORIQUE

## INTRODUCTION

Notre intérêt commun pour les pathologies adultes et le domaine de la déglutition nous a unies pour ce projet de fin d'études. Nos expériences professionnelles antérieures dans le domaine médical et dentaire ont permis d'allier nos connaissances et de s'intéresser spécifiquement au domaine de la santé orale. Aussi, les cours de dysphagie et de gériatrie nous ont permis d'ajuster et de dédier notre travail à la presbyphagie.

Durant cette année, nous avons eu la chance de partager le même lieu de stage au sein du centre hospitalier CHwapi à Tournai et d'accompagner les logopèdes dans leur quotidien avec la prise en charge de patients présentant une presbyphagie. L'idée de ce projet a émergé d'un certain nombre de constats. D'après nos recherches dans la littérature et nos observations sur le terrain, nous avons constaté une hygiène bucco-dentaire déficitaire et néfaste chez la plupart des patients âgés.

À la suite de différents échanges sur le thème de la santé orale avec l'équipe de logopèdes du centre hospitalier, notre projet a suscité un intérêt de la part du personnel soignant. Dès lors, pour répondre à un constat et à une demande, nous nous sommes demandées, comment contribuer à lever les freins de la prise en charge du sujet âgé en santé orale ? C'est ainsi que nous nous sommes orientées vers le domaine de la prévention. En effet, une mauvaise santé orale engendre diverses pathologies, altérant la santé du sujet âgé que le personnel soignant pourrait limiter. Ces conséquences sont encore souvent méconnues. C'est pourquoi la mise en œuvre d'un support audiovisuel de sensibilisation pour le personnel a été envisagée. L'intérêt de ce type de support est d'apporter des connaissances à la fois théoriques et pratiques sur les conséquences d'une mauvaise santé orale dans le cas de la presbyphagie. Il vise à l'améliorer en favorisant un accès aux soins de qualité.

Pour cela, à travers la partie théorique, nous abordons le vieillissement dans sa globalité. Nous documentons, grâce à des recherches bibliographiques, les effets du vieillissement sur l'organisme et l'intérêt de la prise en compte du concept de fragilité. Aussi, nous évoquons la physiologie et les troubles de la déglutition, pour nous intéresser par la suite aux symptômes et aux conséquences plus spécifiques de la presbyphagie. Pour ce faire, nous étudions précisément les différents mécanismes impliqués en santé orale, leurs rôles, leurs

conséquences ainsi que l'importance de la prise en charge logopédique du patient presbyphagique.

Enfin, dans un dernier chapitre, nous détaillons l'intérêt de la prévention ainsi que les limites de l'accès aux soins. À partir des bases théoriques, la partie pratique permettra de réaliser une enquête par la distribution d'un questionnaire au sein du service de gériatrie afin de faire un état des lieux des connaissances en déglutition et en santé orale. En tenant compte des résultats obtenus, nous élaborerons la création d'un support audiovisuel de sensibilisation à destination du personnel soignant. Le contenu permettra d'apporter des connaissances et sera basé sur des supports théoriques ainsi que sur notre pratique professionnelle au sein du service de gériatrie. Pour finir, nous analyserons qualitativement l'impact de ce support, et évoquerons ses limites et ses perspectives.

# I. Le vieillissement et la personne âgée

*« La vieillesse est une langue étrangère qu'il faut apprendre à un âge où le cerveau n'est plus guère disposé à acquérir de nouvelles connaissances ».*

Jacques Laurent

La citation de Jacques Laurent met en évidence les différentes modifications observées avec l'avancée en âge chez un individu impactant son fonctionnement. Ainsi, nous allons définir au sein de ce chapitre les altérations rencontrées chez la personne âgée.

## 1. Le vieillissement

### 1.1. Définition

Le vieillissement est un processus physiologique continu, complexe et inéluctable qui se caractérise par une modification des fonctions de l'organisme. Le vieillissement est également associé à une diminution des capacités cognitives, fonctionnelles et physiques. Ainsi, il s'établit comme un processus naturel où chaque être humain s'y retrouve confronté au cours de sa vie (Campisi & al., 2019).

La population des seniors n'étant pas homogène, elle peut ainsi être répartie en trois grandes catégories selon le type de vieillissement (Vellas, 2013) :

- Les personnes âgées en bonne santé, dites « robustes » (55 % des personnes âgées de plus de 65 ans) qui n'ont pas de retentissement fonctionnel de leur vieillissement.
- Les personnes âgées fragiles (35 % des personnes de plus de 65 ans) qui sont les personnes à risque de dépendance.
- Les personnes âgées dépendantes (10 % des plus de 65 ans) qui rencontrent des difficultés à réaliser seules les actes de la vie quotidienne.

Cependant, le vieillissement reste un phénomène complexe qui découle de nombreux facteurs génétiques et environnementaux. De plus, la perception de la vieillesse est variable

dans le temps et est relative selon les individus. Il n'existe pas d'égalité face au vieillissement qui reste un phénomène hétérogène. Les conséquences et ses effets sur l'organisme sont variables entre deux individus du même âge, on parle alors de variabilité interindividuelle.

## 1.2. Le vieillissement et ses effets sur l'organisme

Le vieillissement du corps humain est un processus normal qui s'accompagne d'une diminution des capacités fonctionnelles de l'organisme. Cette diminution des réserves fonctionnelles induit une réduction de la capacité de l'organisme à s'adapter aux différentes situations environnementales (CNEG, 2008-2009). Ainsi, le vieillissement est un processus lent et progressif qui n'est pas pathologique et qui doit, par conséquent, être distingué des maladies (Campisi & al., 2019).

La sénescence est hétérogène et son rythme varie selon les individus. On peut observer d'importantes différences morphologiques et fonctionnelles entre des personnes du même âge. Certaines personnes ne vont quasiment pas ressentir les effets du vieillissement alors que d'autres seront très sensibles à ses effets.

Les effets du vieillissement vont atteindre tout le système organique et vont limiter certaines fonctions sans pour autant devenir pathologiques :

- Le vieillissement normal du système nerveux central entraîne un ralentissement cognitif, marqué par des troubles mnésiques et attentionnels ainsi qu'une réduction des facultés d'apprentissage.
- On note la présence de déficits sensoriels comme la presbycusie, la presbytie et la dysgueusie.
- La capacité respiratoire diminue et entraîne une baisse des performances avec un essoufflement et une fatigue.
- Le vieillissement de l'appareil locomoteur se caractérise par une diminution de la masse et de la force musculaire.
- L'appareil digestif est également impacté par une modification de l'appareil buccodentaire, la diminution du flux salivaire et un transit intestinal ralenti.

En conclusion, le vieillissement, qu'il soit physiologique (sensoriel, cérébral, cardiaque...) ou pathologique (maladie chronique ou aiguë, troubles mnésiques...) est un processus qui modifie l'état de santé d'un individu. Cependant, même si le vieillissement prédispose à la fragilité, toutes les personnes âgées ne sont pas nécessairement fragiles.

## 2. Le concept de fragilité

Le concept de fragilité n'est apparu que récemment dans la littérature du 20<sup>e</sup> siècle. Ce n'est que dans les années 2000 que l'intérêt pour la fragilité a réellement pris de l'ampleur dans la recherche gériatrique.

Parmi les nombreuses définitions théoriques de la fragilité, la plupart se réfèrent à deux modèles dominants, l'approche phénotypique de Fried et le modèle d'accumulation de déficits de Rockwood. Ces notions prétendent toutes deux que la fragilité est un état de vulnérabilité aux événements défavorables liés à l'âge.

En effet, les deux auteurs ont mis en place des échelles permettant d'évaluer le concept de fragilité chez les personnes âgées :

- L'index de fragilité de Rockwood apparaît comme un indicateur global de la santé des personnes âgées.
- Le phénotype de fragilité de Fried comme un indicateur spécifique de la fragilité.

### 2.1. Le modèle phénotypique selon Linda Fried

En 2003, Linda Fried, gériatre épidémiologiste, définit la fragilité comme un syndrome physiologique caractérisé par la baisse des réserves physiques, résultant d'un déclin cumulatif à travers de multiples systèmes physiologiques, et causant une vulnérabilité aux agressions extérieures.

Afin de diagnostiquer la fragilité d'une personne âgée, Fried énonce cinq critères bien précis, considérant la fragilité comme un syndrome clinique :

- Une perte de poids involontaire (4 ou 5 kg en un an).
- Une sensation subjective d'épuisement rapportée par la personne elle-même.
- Une diminution de la force musculaire.
- Une vitesse de marche lente (plus de 4 secondes pour parcourir 4 mètres).
- Une activité physique réduite (grande sédentarité).

## 2.2. Le modèle d'accumulation de Rockwood

Selon l'approche de Rockwood, la fragilité est un état de risque pluridimensionnel qui se mesure davantage par le nombre de problèmes de santé lié à l'âge que par leur nature et leur gravité. La fragilité est donc à définir comme une accumulation de pathologies et de dépendances. Malgré sa valeur prédictive forte, cette approche est consommatrice de temps et n'est pas utilisée en pratique clinique. En effet, elle se calcule sous la forme d'un index de fragilité avec l'accumulation des déficits physiques, psychologiques et sociaux représentant des facteurs de risques de la perte d'autonomie ou d'évènements médicaux en cascade (Rockwood, 1999).

## 2.3. Intérêts de la prise en compte de la fragilité

S'intéresser à la fragilité est nécessaire, car elle est une alerte vers le déclin fonctionnel, l'hospitalisation, le décès dans l'année qui suit (O'Caomh & al., 2014) ou dans les trois ans (Fried & al., 2001) et l'apparition d'un syndrome gériatrique tel que la confusion, l'incontinence, l'immobilisation, le syndrome de glissement et les chutes.

Par ailleurs, les personnes âgées fragiles sont plus souvent en difficulté dans les activités de la vie quotidienne et sont moins autonomes (Vermeulen & al., 2011). Une prévention de la fragilité est donc nécessaire pour éviter une situation de dépendance. En effet, un repérage précoce lorsque les patients sont au stade de préfragilité permet d'identifier un état de prédépendance et de mettre en place des interventions pour réduire ou retarder la progression de la fragilité (Fried & al., 2004).



## II. La déglutition

La déglutition est un processus physiologique, vital et social de l'être humain. Cette fonction assure l'hydratation et l'alimentation en permettant la contribution au maintien de la vie par l'équilibre nutritionnel et la suffisance des apports caloriques (Chevillot-Sauger, 2018).

La déglutition participe également à l'élimination des sécrétions salivaires, rhinopharyngées et trachéales. Cette déglutition n'est pas nutritive, mais elle permet d'éviter la stagnation des corps étrangers et les possibles inhalations pulmonaires (Crevier-Buchmann & al., 2007).

### 1. La physiologie de la déglutition

Selon Woisard & Puech (2011), la déglutition se déroule en quatre phases successives. Ces phases doivent être coordonnées et synchronisées afin d'assurer le bon déroulement de la déglutition.

#### 1.1. La préparation du bol alimentaire

Ce temps de préparation orale est une phase volontaire qui a pour but l'introduction en bouche de l'aliment afin qu'il soit transformé grâce à une synergie des mouvements de manipulation, de mastication et d'insalivation en une consistance homogène, appelée bol ou bolus alimentaires, favorable à la déglutition.

Plusieurs mécanismes combinés sont nécessaires :

- La capacité de préhension de l'aliment faisant appel à une intégrité des compétences motrices, visuospatiales et cognitives de l'individu.
- Le maintien buccal grâce aux sphincters labiaux, jugaux et au sphincter vélo-pharyngé fixant et maintenant le bolus alimentaire dans la cavité buccale.

- L'insalivation permettant de lubrifier et d'organiser le bolus en une masse compacte.
- Une bonne coordination du mouvement lingual est indispensable. En effet, l'apex de la langue et des bords latéraux placés sur les papilles rétro-incisives permettent d'écraser le bolus contre le palais dur et de le maintenir en place (Bleeckx, 2012).

Dans le cadre d'une déglutition de liquides, une dépression intrabuccale permet de les aspirer et de les propulser vers le pharynx.

Cette phase de préparation stimule les récepteurs olfactifs, les papilles gustatives, le péristaltisme gastrique et la sécrétion des glandes salivaires. Les aires corticales sont stimulées, notamment par le plaisir du goût.

Pendant cette phase, les voies aériennes sont ouvertes et la respiration nasale est continue. La consistance et la texture des aliments vont avoir un impact sur la durée de cette phase (Crevier-Buchmann & al., 2007).

## 1.2. La phase orale de la déglutition

La phase orale, rapide et volontaire, correspond au transport du bolus qui est propulsé par effet de pression vers le pharynx. Les muscles orbiculaires des lèvres assurent la compétence labiale de l'individu et réalisent une fermeture hermétique en amont de la cavité buccale pour éviter les bavages et les stases buccales. Ainsi, le voile du palais au contact de la base de langue assure une occlusion vélopharyngée sur la partie postérieure (Bleeckx, 2012).

L'apex lingual positionné sur la crête alvéolaire des incisives supérieures prend appui et exécute un mouvement de propulsion du bolus, assemblé sur la face dorsale de la langue. Ce mouvement lingual d'avant en arrière du palais crée une dépression vers le pharynx pour permettre la propulsion du bolus.

Lors de la propulsion orale du bolus, les récepteurs sensitifs et proprioceptifs sont stimulés et vont ainsi transmettre des informations au tronc cérébral et au cortex. Les informations transmises vont initier et conditionner le réflexe de déglutition et instaurer l'apparition du troisième temps de l'alimentation (Auzou, 2007).

### 1.3. La phase pharyngée de la déglutition

Ce temps pharyngé est une phase complexe, importante et précise qui nécessite une coordination optimale dont les principaux objectifs sont de protéger les voies aériennes et d'assurer la propulsion du bolus.

Cette phase est réflexe et demande une inhibition de la respiration, appelée l'apnée de déglutition. Elle dure moins d'une seconde interrompant le cycle respiratoire en phase d'expiration. Ainsi, les mouvements des mécanismes oropharyngés sont stimulés et se coordonnent pour assurer le réflexe de déglutition (Brasnu & al., 2008).

#### 1.3.1. Protection des voies aériennes

Contrairement au temps de la phase orale, lors de la progression du bolus, l'occlusion vélopharyngée se réalise par l'élévation et l'application du voile du palais sur la paroi pharyngée postérieure. Elle facilite le transit du bolus tout en évitant des fuites alimentaires vers le rhinopharynx. De plus, le recul de base de langue aussi appelé « coup de piston lingual » se rétracte entre les piliers du voile du palais afin d'éviter un éventuel retour endobuccal (Bleeckx, 2001).

L'occlusion laryngée qui est assurée par le larynx et l'os hyoïde, s'élève vers l'avant pour obtenir une meilleure ouverture du pharynx et favoriser la descente du bolus vers l'hypopharynx (Crevier-Buchmann & al., 2003). Les voies aériennes sont protégées par la remontée du larynx, la bascule de l'épiglotte en arrière sur le vestibule laryngé et le rapprochement des plis vocaux fermant la glotte.

#### 1.3.2. Propulsion pharyngée

Le bol alimentaire est propulsé vers l'œsophage grâce à la contraction de haut en bas des muscles constricteurs du pharynx, appelée « péristaltisme pharyngé ». Ce temps pharyngé dure moins d'une seconde, il se termine par l'ouverture du sphincter supérieur de l'œsophage

et le passage du bolus dans l'œsophage. La fin du temps pharyngée de la déglutition est caractérisée par le retour à la position de repos du voile du palais et à la réouverture du larynx (Woisard & Puech, 2011).

#### 1.4. La phase œsophagienne de la déglutition

Cette phase de la déglutition est réflexe, elle est donc involontaire. Elle permet l'acheminement du bolus alimentaire de l'œsophage vers l'estomac et la progression se fait par le péristaltisme œsophagien. Le passage du bol alimentaire se réalise par l'ouverture du sphincter œsophagien supérieur qui se referme rapidement permettant d'éviter un reflux. Cette fermeture automatique protège le larynx d'une fausse route tertiaire c'est-à-dire d'un reflux gastro-œsophagien qui pourrait laisser échapper quelques gouttes du liquide gastrique dans le larynx. Elle résiste également à l'entrée d'air lors des différentes inspirations pendant le cycle respiratoire.

#### 1.5. Le contrôle neurologique de la déglutition

L'acte de déglutir est une tâche complexe et sophistiquée qui est contrôlée et coordonnée par différents centres nerveux, notamment le tronc cérébral et le cervelet. Ces derniers reçoivent les informations grâce aux capteurs sensitifs et proprioceptifs des différents organes nécessaires à la déglutition. Ainsi, les informations transmises vont permettre de combiner des actions simultanées et correctrices (Woisard & Puech, 2011).

Ce contrôle est organisé par deux circuits :

- Le contrôle cortical (frontal et préfrontal) pour les activités involontaires lors des phases orale et pharyngée.
- Le tronc cérébral qui organise l'acte réflexe de la déglutition lors des phases pharyngée et œsophagienne.

## 2. La dysphagie

### 2.1. La physiologie de la déglutition

Le terme de dysphagie vient du grec « dys » signifiant « difficulté » et « phagein » signifiant « manger », ce terme est défini comme un « trouble de la déglutition correspondant aux difficultés de transport des aliments de la bouche jusqu'à l'estomac et aux difficultés de protection des voies aériennes pendant cette période » (Woisard & Puech, 2011). Elle comporte divers degrés de gravité allant d'une simple gêne de la déglutition à la mise en péril de la santé de l'individu.

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

Hendrix (1993) décrit deux types de dysphagies :

- La dysphagie oropharyngée, appelée de transfert ou haute, affecte la phase orale et pharyngée. Elle se caractérise par une régurgitation orale, une aspiration trachéale, une adhérence salivaire et alimentaire au niveau pharyngé, mais également des difficultés de transfert du bolus de la bouche vers le pharynx et l'œsophage.
- La dysphagie œsophagienne est appelée de transport ou basse. Elle affecte la phase œsophagienne par une sensation d'oppression ressentie lors de la déglutition, qui peut aller jusqu'à l'impossibilité totale de garder le bol alimentaire (Cot, 1996).

## 2.2. Les symptômes des troubles de la déglutition

Dans les troubles de la déglutition, nous pouvons observer des signes aspécifiques et des signes spécifiques (Woisard & Puech, 2011).

### 2.2.1. Les symptômes aspécifiques

L'observation des signes aspécifiques est primordiale dans la prise en charge d'un trouble de la déglutition et de sa tolérance. On retrouve notamment :

- Une atteinte de l'alimentation : sélection de certaines consistances, des restrictions, un allongement du temps de repas, isolement, perte de la convivialité, inquiétude pendant les prises alimentaires.
- Une atteinte de l'état nutritionnel : sensation de faim qui persiste même après les repas, altération de l'état général avec une fatigue persistante, une perte de poids constante et une dénutrition importante, une limitation des activités sociales.
- Une atteinte pulmonaire : pneumopathie, toux chronique ou insuffisance respiratoire chronique (Vandermeiren, 2017).

### 2.2.2. Les symptômes spécifiques

Les symptômes sont dits spécifiques, car ils ont une valeur dans la localisation anatomique du trouble de la déglutition (Woisard & Puech, 2011).

Ces symptômes se caractérisent par différentes observations cliniques entre autres comme des difficultés d'ouverture buccale, la présence de bavage ou de stases buccales, des réflexes de déglutition ou nauséux retardés voire absents, un reflux nasal ou encore la présence d'une toux réactive signifiant la réalisation d'une fausse route.

Les fausses routes correspondent à un trouble de la déglutition. On peut les classer en fonction de leur moment de survenue :

- Avant le déclenchement du temps pharyngé, liées à une absence ou à un retard du réflexe de déglutition ou à un mauvais contrôle du bolus, elles signent une pénétration du bolus dans le pharynx.
- Pendant le déclenchement du temps pharyngé, liées à une incompetence de la fermeture laryngée, et correspondent à une pénétration du bolus au niveau des voies aériennes.
- Après le déclenchement du temps pharyngé, dues à une mauvaise propulsion pharyngée, à une insuffisance de l'ouverture du sphincter de l'œsophagien supérieur ou bien à l'aspiration d'une stase valléculaire située au-dessus du larynx.

En général, les fausses routes se manifestent par la présence d'une toux réflexe réactive qui a pour fonction de dégager le corps étranger des voies respiratoires afin d'éviter toute aspiration.

Les troubles de la déglutition sont fréquents au sein de la population âgée et représentent un véritable problème de santé publique.

### 3. La presbyphagie : le vieillissement de la déglutition

La presbyphagie se caractérise par des changements physiologiques des mécanismes de la déglutition dus au vieillissement. Elle est associée au processus normal du vieillissement et non à un état pathologique (Allepaerts & al., 2014). On observe, en général, une baisse de l'efficacité de la fonction de déglutition, qui devient moins opérante au fur et à mesure de l'avancée en âge et n'épargnant pas les structures bucco-dentaires, pharyngées, laryngées et œsophagiennes (Veyrune & al., 2004)

Jerry A. Logemann (2007) caractérise la presbyphagie comme « l'ensemble des effets du processus de vieillissement sur le mécanisme de déglutition ». Elle s'impose donc comme un vieillissement mécanique et neurologique.

Virginie Ruglio (2017) différencie la presbyphagie qui est une déglutition physiologique de la personne âgée de la dysphagie neurogériatrique qui est un trouble de la déglutition causée par une maladie.

Selon V. Jahnke (1991), il est important de distinguer les presbyphagies primaires qui découlent des changements mécaniques de la déglutition avec l'avancée de l'âge, des presbyphagies secondaires qui surviennent dans le cadre de pathologies apparentées. Dans le cadre de ce travail de fin d'études, nous nous intéresserons plus spécifiquement à la presbyphagie primaire. En effet, nous souhaitons mettre en place un support préventif pour limiter les risques de la sénescence de la déglutition chez le sujet âgé en l'absence de pathologies associées.

La presbyphagie apparaît progressivement et de façon insidieuse. Une étude réalisée chez un groupe de personnes âgées a mis en évidence la réduction du degré d'ouverture du sphincter œsophagien supérieur et l'augmentation de stases (Mulheren & al., 2018). Une seconde étude qui recherchait principalement un lien existant entre la presbyphagie et la dénutrition a montré que sur les 100 personnes âgées testées, 39 % d'entre eux présentaient de nombreuses stases pharyngées engendrant de multiples fausses routes (De Lima Alvarenga & al., 2018).

Par conséquent, les soignants doivent être vigilants et sensibilisés aux mécanismes vieillissants de la déglutition.

### 3.1. Les spécificités de la presbyphagie

Au cours du vieillissement, tous les tissus et les organes du corps humain et notamment les organes nécessaires à la déglutition subissent de profondes transformations qui dégradent leurs fonctions et leur potentiel d'adaptation. À cela vient s'ajouter l'influence des pathologies liées à l'âge qui est souvent un facteur d'aggravation des modifications des structures anatomiques.

Par ailleurs, connaître les effets du vieillissement sur les différents éléments de la cavité buccale est indispensable pour une meilleure prise en charge de la presbyphagie.



En effet, la cavité buccale forme la première partie du tube digestif et détient plusieurs fonctions qui sont : la mastication, la déglutition, la gustation, la salivation et la phonation.

Toutes les structures orofaciales subissent les effets de la sénescence et de nombreux changements apparaissent :

- Diminution de la tonicité musculaire orale, linguale et pharyngée : la sarcopénie est une caractéristique principale du vieillissement. On retrouve une perte graduelle de la masse musculaire et de la force (Belmin & al., 2018).
- Modification de l'état bucco-dentaire en lien avec l'avancée en âge et le nombre de dents restantes : plus l'âge augmente, plus le nombre de dents naturelles diminue.
- Diminution du réflexe de toux impactée par une réduction de la capacité pulmonaire et la perte de l'élasticité de la paroi thoracique.

Les fonctions précitées sont déterminantes pour la santé générale de l'individu. Une hygiène buccale altérée peut également compromettre le processus de déglutition (Allepaerts & al., 2008). Il est donc primordial de préserver la santé buccale afin de maintenir la qualité de vie de la personne âgée.

Nous allons développer essentiellement le vieillissement physiologique des fonctions de la sphère orofaciale en lien avec la déglutition et ses conséquences sur les différentes phases de la déglutition.

### 3.2. Le vieillissement physiologique de la sphère orofaciale

L'état de la cavité buccale est un prérequis nécessaire à une bonne fonction masticatoire et à une bonne nutrition. Le vieillissement de la cavité buccale et les pathologies associées entraînent une diminution du potentiel masticatoire qui est sous l'influence de nombreux facteurs tels que le nombre, l'état et la mobilité des dents, le port éventuel de prothèses, le débit du flux salivaire, la présence d'une inflammation gingivale ou de pathologies des muqueuses associées.

La musculature orale, la muqueuse buccale, la production salivaire, les structures osseuses ainsi que la perception de la saveur subissent des modifications liées au vieillissement qui, en l'absence de pathologie, sont altérées.

### 3.2.1. Effets de la sénescence sur la muqueuse buccale

Au cours de l'avancée en âge, la muqueuse buccale devient plus vulnérable par la présence d'une déshydratation progressive, mais également par une diminution de son épaisseur. Elle s'atrophie et perd son élasticité et devient plus fragile aux traumatismes, candidoses buccales et à la pression marquée durant la mastication. La muqueuse buccale devient donc plus sensible aux agressions environnementales (agressions externes et retard de cicatrisation) avec l'âge (Fontijn-Tekamp & al., 1996).

L'état de la muqueuse buccale dépend de l'état de santé général, de la prise éventuelle de médicaments, mais également de la situation socio-économique de l'individu. Elle dépend également de la présence ou de l'absence d'une prothèse amovible. L'absence d'hygiène buccale va être un facteur prédisposant au développement de pathologies de la muqueuse buccale chez la personne âgée (Ghezzi & al., 2000).

### 3.2.2. Effets de la sénescence sur la musculature

Avec l'avancée en âge sur le plan morphologique, on peut constater une diminution de la surface et de la densité du muscle. Sur le plan physiologique, on note une prolongation de la contraction musculaire. Les modifications morphologiques et physiologiques ont comme conséquence une diminution de la force produite par les muscles masticateurs.

Les muscles de la langue se modifient, les papilles gustatives présentes diminuent en nombre et donnent un aspect lisse à la face dorsale linguale. Cette diminution entraîne un affaiblissement des mouvements qui permettent la manipulation des aliments et des liquides pendant la mastication et la déglutition (McFarland, 2016).

### 3.2.3. Effets de la sénescence sur le goût et l'odorat

L'atrophie physiologique linguale et la diminution des papilles gustatives participent aux modifications de la perception du goût et des régimes alimentaires, susceptibles de favoriser une malnutrition chez le sujet âgé. Les perturbations du goût survenant avec le vieillissement seraient fréquentes et le seuil des quatre sensations du goût est augmenté : c'est l'hypogousie (Belmin & al., 2018).

L'odorat est également modifié par un déclin caractérisé par une augmentation des seuils de détection des odeurs et par une diminution des capacités de discrimination.

### 3.2.4. Effets de la sénescence sur la production salivaire

Au cours du vieillissement, on note une diminution du flux salivaire. La salive devient plus visqueuse, alors qu'elle joue un rôle important dans la protection de la cavité buccale et notamment dans ses différentes fonctions : masticatoires, phonatoires et de déglutition.

La xérostomie, plus communément appelée la sécheresse buccale, est fréquente chez les sujets âgés et favorise l'installation de pathologies infectieuses. Il est à noter que la xérostomie serait davantage liée à des pathologies ou à un traitement physiologique. Certains médicaments prescrits agissent directement sur la qualité de la phase oropharyngée en diminuant le flux salivaire. Il est donc important d'identifier les médicaments susceptibles d'induire des troubles de la déglutition chez le sujet âgé.

En outre, les préférences alimentaires et les performances masticatoires sont aussi modifiées par la xérostomie. La salivation qui est nécessaire à la cohésion du bolus et à sa déglutition n'est plus fonctionnelle. On note alors une augmentation de la fréquence des blessures liées aux prothèses dentaires, une certaine fragilité des muqueuses et des sensations d'inconfort lors de la mastication.

### 3.2.5. Effets de la sénescence sur l'état buccodentaire

L'édentement ou la perte des dents chez le sujet âgé peut être considéré comme la conséquence de l'aggravation des maladies buccales de l'adulte. L'édentement résulte de l'évolution de pathologies infectieuses telles que les caries dentaires et les parodontites. Ainsi, il est fréquent d'observer, chez les personnes âgées, des phénomènes inflammatoires gingivaux exacerbés associés à des ulcérations.

Cette diminution partielle ou totale des dents, provoque une réduction du coefficient masticatoire, les aliments seront avalés sans être complètement broyés ce qui peut amener la personne âgée à préférer des solides exigeant peu ou pas de mastication.

## 3.3. Les modifications de la déglutition chez la personne âgée

### 3.3.1. La phase orale

Le temps oral est marqué par un appauvrissement de la force musculaire, de la mastication, de la motilité linguale et de la compétence labiale.

Allepaerts & al. (2008) montrent que la perte de la sensibilité linguale ainsi que l'altération du mouvement antéro-postérieur accroissent la présence de stases buccales (elles favorisent la surcroissance bactérienne et un risque accru d'aspiration), affectent le contrôle du bolus dans la cavité buccale et augmentent le risque de fuites prématurées vers le pharynx.

La mastication est réduite par une diminution de la force linguale, l'altération fonctionnelle de l'appareil dentaire ou encore par une insalivation insatisfaisante. Cette phase orale est volontaire et permet aux sujets âgés de pallier les déficits par un choix des textures adaptées ou par une augmentation du temps de mastication.

### 3.3.2. La phase pharyngée

Le vieillissement de la musculature pharyngée perturbe les différents mécanismes de propulsion et de protection des voies aériennes supérieures. Nous pouvons observer un allongement du temps de déclenchement du réflexe de déglutition pharyngé, une diminution de l'amplitude et de la vitesse du péristaltisme pharyngé et un réflexe de toux abrégé (Lee & al., 2018).

La détection de stimuli par les récepteurs sensoriels de la cavité buccale et du pharynx permet l'amorçage de la phase pharyngée et le déclenchement du réflexe de déglutition. Chez la personne âgée, une perte de la sensibilité bucco-pharyngée augmente le seuil de détection des stimuli et entraîne un retard de déclenchement. Le risque de fuite prématurée du bolus vers le pharynx est donc accru (Allepaerts & al., 2008).

De plus, le temps pharyngé est une phase réflexe qui ne permet pas au patient de mettre en place seul des mécanismes de compensation (Ptok & al., 2014). Ainsi, les complications infectieuses liées à cette atteinte de la phase pharyngée peuvent être à l'origine d'une appréhension alimentaire, d'une dénutrition et d'une déshydratation.

Cependant, les différentes observations ne sont pas applicables pour toutes les personnes âgées et la sénescence ne peut être considérée comme une cause primaire des troubles de la déglutition. Elle ne peut constituer l'étiologie d'une dysphagie même si elle comporte des facteurs aggravants.

### 3.3.3. La phase œsophagienne

Le temps œsophagien connaît également des changements chez le sujet âgé, notamment une diminution de pression et un retard de relaxation après la déglutition. Ces observations sont impactées par un défaut de compliance du sphincter supérieur de l'œsophage (Mancopes & al., 2021). Cependant, ces changements liés à l'âge restent toutefois modérés et les troubles prononcés sont toujours associés à une pathologie sous-jacente ou à une altération de l'état général.

Ney & al. (2009) soulignent qu'il existe un risque que des résidus dans l'œsophage refluent vers le pharynx et la trachée, notamment lorsque le sujet âgé s'allonge après un repas.

### 3.4. Les conséquences de la presbyphagie

La presbyphagie a des conséquences sur la santé et sur la qualité de vie de la personne âgée. Elle peut mettre en jeu le pronostic vital de l'individu. Ces difficultés de la déglutition entraînent des répercussions négatives sur la santé des patients telles que la malnutrition ou encore les pneumopathies d'inhalation.

- Conséquences nutritionnelles

L'alimentation de la personne âgée est très importante pour son équilibre général. La presbyphagie peut entraîner une dénutrition et une déshydratation par un apport hydrique et alimentaire insuffisant.

- Conséquences respiratoires

La presbyphagie peut mettre en jeu le pronostic vital du sujet en cas de fausses routes asphyxiantes. Une réduction de l'efficacité de la déglutition et une diminution de la protection des voies aériennes entraînent des aspirations oropharyngées et à plus long terme des pneumopathies.

Puisieux & al. (2009) décrivent notamment deux types de pneumopathies liées à la presbyphagie : la pneumopathie d'aspiration se caractérisant par une inhalation trachéobronchique d'un corps étranger et la pneumopathie chimique se définissant par l'inhalation de contenu gastrique ou oropharyngé dans le larynx ou les voies aériennes inférieures.

Ainsi, un mauvais état bucco-dentaire et une hygiène orale déficitaire peuvent prédisposer à la survenue de pneumopathies lorsqu'ils sont associés à des troubles de la déglutition.

- Conséquences sociales et émotionnelles

Les personnes âgées voient leurs qualités de vies altérées notamment par une diminution du plaisir à s'alimenter et les différentes gênes occasionnées par la présence de la presbyphagie : salivation importante ou absente, présence d'un hémage, augmentation du temps des repas et les toux réactives provoquées par les fausses routes. Ces difficultés peuvent conduire à un isolement social, à une perte de plaisir à s'alimenter et à long terme à un état dépressif.

### 3.5. La prise en charge logopédique

La prise en charge logopédique doit être spécifique dans le milieu gériatrique et nécessite une intervention immédiate. En effet, le logopède doit prendre en considération les troubles cognitifs tels que les troubles mnésiques, la diminution de l'attention ou de la vigilance, mais également de la grande fatigabilité dont font preuve les personnes âgées.

La prise en charge du sujet âgé se base sur l'observation clinique et des essais sécurisés de test de déglutition. Le logopède doit analyser les risques et adapter les textures en œuvrant en étroite collaboration avec l'équipe soignante et pluridisciplinaire. Il doit en priorité dépister les troubles de la déglutition, pallier les déficits observés et mettre en place une rééducation si nécessaire.

En outre, le logopède a un rôle important de prévention sur l'intérêt d'une bonne santé orale des personnes âgées qui impacte les différentes phases de la déglutition avec des conséquences majeures sur l'état de santé général de l'individu.

### III. La santé orale

#### 1. Définition et enjeux

Selon le dictionnaire d'orthophonie, l'adjectif « oral » est défini comme : « ce qui a trait à l'oralité, c'est-à-dire le passage par la bouche, de manière générale » (Brin & al, 2004). La notion de « santé orale » permet de prendre en compte toutes les activités d'un grand nombre de professionnels soignants intervenant au niveau de la sphère orale.

Le terme de santé bucco-dentaire est plus largement répandu. Il est majoritairement utilisé par les professionnels du domaine dentaire comme les chirurgiens-dentistes. Selon l'Organisation mondiale de la santé, la santé bucco-dentaire se définit comme : « *l'absence de douleur buccale ou faciale, de cancer buccal ou pharyngé, d'infection ou de lésion buccale, de parodontopathie (affection touchant les gencives), de déchaussement et perte de dents, et d'autres maladies qui limitent la capacité de mordre, mâcher, sourire et parler* » (Association Dentaire Canadienne, 2017). On peut considérer que la santé orale est fortement corrélée à la santé bucco-dentaire, mais ne s'y réduit pas.

Ainsi, la santé orale se caractérise comme un état bucco-dentaire convenable, mais également par un fonctionnement adéquat des différents mécanismes liés à la déglutition. Parmi les conséquences d'une santé orale déficiente, il a été décrit une relation avec la dénutrition, les pathologies cardiovasculaires, les infections multiples, le diabète et la qualité de vie (Bodineau & al., 2007). Les soins d'hygiène bucco-dentaire avec ou sans prescription médicale permettent de limiter une santé orale défectueuse. Ces soins sont indispensables au confort des personnes âgées, aux fonctions communicationnelles, langagières et sociales. Leurs impacts peuvent être bénéfiques sur la santé globale en général. De nombreuses études en ont fait la preuve : « la santé orale est non seulement un indicateur de santé globale, mais également un indicateur d'intégration sociale. Un mauvais état bucco-dentaire détériore le sourire (premier signal de communication), l'haleine et les fonctions langagières » (Hescot & Moutarde, 2010).

Dans le cadre de notre étude, nous nous intéresserons plus précisément aux conséquences d'une mauvaise santé orale chez le sujet âgé dans le domaine de la déglutition.



## 2. Conséquences d'une mauvaise santé orale en déglutition

L'hygiène buccale va permettre de préserver le sens du goût, conserver le plaisir de boire et manger et ainsi réduire l'inappétence et les risques de dénutrition fortement présents chez le sujet âgé. « Soigner la bouche permet de garder un lien avec la nourriture et, par là même, avec la vie. » (Bernard, 2016). La cavité buccale peut être considérée comme un réservoir de germes, en particulier à Gram négatif anaérobie. « Ces bactéries se développent plus largement lorsqu'il y a une altération de la capacité masticatoire, une quantité de salive diminuée, et une hygiène défectueuse. Les personnes âgées du fait d'un cumul de facteurs de risque sont particulièrement exposées » (Bodineau & al. 2007a). De plus, les polyopathologies augmentent le risque de développer des lésions buccales. Ces lésions ont de graves conséquences sur la morbidité et la mortalité des personnes âgées fragilisées.

Ainsi, les foyers infectieux associés à des troubles de la déglutition peuvent engendrer des pneumopathies d'inhalation des bactéries présentes en bouche. En effet, les fausses routes peuvent être responsables de complications au niveau pulmonaire. Selon l'encyclopédie Vulgaris Médical (2000-2022), la pneumopathie se caractérise comme « *une infection aiguë d'un ou deux poumons concernant les alvéoles et les bronchioles liée à un virus, ou une bactérie* ».

La pneumopathie d'inhalation est définie par « l'inhalation de contenu gastrique ou oropharyngé dans le larynx ou les voies aériennes inférieures. Elle est liée à quatre mécanismes qui peuvent être associés : un retard à la vidange gastrique, une hypersécrétion gastrique, des facteurs favorisant le reflux gastro-œsophagien et une atteinte laryngée lésionnelle ou réflexe » (Chatellier & al., 2009). Dès lors, la pneumopathie d'inhalation est une atteinte infectieuse à la suite de l'inhalation ou l'aspiration de liquides, de particules alimentaires ou de sécrétions. Lorsque le réflexe de toux n'est pas fonctionnel, les germes buccaux sont plus résistants et difficilement éliminables. Ainsi, les taux de germes buccaux augmentent dans la salive et l'aspiration des sécrétions oropharyngées peut engendrer une détresse respiratoire, une asphyxie ou un abcès pulmonaire. Le risque varie en fonction de l'état de santé du sujet et de la nature et du volume des sécrétions inhalées » (Bodineau & al. 2007 b). Concernant l'épidémiologie des pneumonies d'aspiration, leur fréquence augmente fortement au-delà de 75 ans et est supérieure pour la population gériatrique

institutionnalisée. Parmi les facteurs de risques, nous pouvons retrouver les troubles de la déglutition, la dénutrition, la gastrostomie, la diminution du flux salivaire favorisé par les traitements médicamenteux et une mauvaise hygiène bucco-dentaire. (Garzaniti, 2017). Les données actuelles de la littérature démontrent une corrélation entre une mauvaise santé orale et le risque de pneumonie d'aspiration en particulier chez le sujet âgé dysphagique (Lamy, 2014). Le mauvais brossage dentaire engendre l'apparition de caries, de gingivites, de tartre et augmente l'incidence de pneumonie (Bodineau & Bert, 2010). La pneumopathie d'inhalation est une cause majeure de morbidité et de mortalité chez les personnes âgées. (Marik & Kaplan, 2003). Par conséquent, la santé orale des sujets âgés doit bénéficier d'une vigilance accrue. (Séguier & al., 2009.)

### 3. La presbyphagie et la santé orale

#### 3.1. La sécheresse buccale chez le sujet âgé

##### 3.1.1. Rôles et mécanismes

Le flux salivaire est généré par les orifices des canaux salivaires principaux des glandes parotides, sous-maxillaires, sublinguales et des systèmes accessoires. La salive joue un rôle essentiel dans l'équilibre de la santé orale pour son rôle mécanique, de nettoyage, de lubrification et de formation du bolus alimentaire. Elle assure un rôle protecteur, hydratant, son pouvoir tampon permet de maintenir l'équilibre de la flore buccale. À mesure que la sécrétion salivaire diminue, l'« écosystème buccal » est déséquilibré créant un terrain propice au développement de pathologies inflammatoires et infectieuses courantes (caries, gingivites, candidoses).

Lorsque la xérostomie est transitoire, elle fait suite à l'anxiété ou à la déshydratation, lorsqu'elle est prolongée, elle est souvent liée aux médicaments et à la radiothérapie (Bernard, 2016). La xérostomie est subjective et ne correspond pas toujours à une réelle diminution du flux salivaire. En revanche, l'hyposialie est diagnostiquée à l'aide de tests objectifs. Elle est un signe de diminution de la sécrétion salivaire » (Séguier & al., 2009.) Par ailleurs, il semblerait

que certaines pathologies neurodégénératives comme la maladie d'Alzheimer, la maladie de Parkinson, et certaines comorbidités fréquentes chez le sujet âgé favoriseraient l'apparition d'une hyposialie (Bodineau & Bert, 2010). Enfin, le bavage est une autre problématique liée à la salivation. En cas de malocclusion labiale ou de déclenchement trop lent voir absent de la déglutition salivaire, le bavage peut générer un assèchement de la bouche en raison d'une respiration buccale.

### 3.1.2. Conséquences de la sécheresse buccale

L'écosystème buccal est un équilibre fragile qui est mis à l'épreuve lors d'une hygiène insuffisante. Relevons que la sécheresse buccale est un signe récurrent chez la personne âgée. Les conséquences de la sécheresse buccale couplées à une hygiène insuffisante peuvent s'identifier par de l'halitose, un port de prothèses douloureux, des sensations de brûlure, un goût métallique, des difficultés à parler, un besoin fréquent de boire, une gêne lors de la mastication et de la déglutition (Lacoste-Ferré & al., 2013). Dès lors, ces conséquences favoriseront la dénutrition.

La xérostomie est susceptible d'atrophier les muqueuses buccales et de les rendre plus vulnérables aux agressions infectieuses. Les ulcérations sont plus fréquentes sur les muqueuses orales asséchées et les patients supportent plus difficilement leurs prothèses. Cette réduction du flux salivaire limite la capacité d'autonettoyage de la cavité buccale et facilite la formation de plaque bactérienne, l'apparition de caries, de gingivite et de maladie parodontale (Folliguet, 2006). Ainsi, la flore buccale pathogène favorise et aggrave le risque de pneumopathie. De plus, la diminution du flux salivaire, l'altération du réflexe de toux, la prédisposition aux risques de troubles de la déglutition sont autant d'éléments qui vont participer à l'apparition de pneumopathies chez le sujet âgé (Lacoste-Ferré & al., 2013).

| SECHERESSE BUCCALE CHEZ LA PERSONNE AGEE   |   |   |   |
|--|---|---|---|
| CAUSES   | SIGNES  | CONSEQUENCES  | TRAITEMENTS   |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>· Vieillesse</li> <li>· Traitement médicamenteux</li> <li>· Absence d'hygiène buccale</li> <li>· Certaines pathologies associées (maladie d'Alzheimer..)</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>· Difficultés à s'alimenter</li> <li>· Manque de cohésion dans le bolus</li> <li>· Déshydratation</li> <li>· Muqueuses rouges et vernissées</li> <li>· Port de prothèses douloureux</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>· Muqueuses atrophiées</li> <li>· Goût impacté</li> <li>· Malnutrition</li> <li>· Sensibilité aux affections thermiques, mécaniques et infectieuses</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>· Adapter le traitement médicamenteux</li> <li>· Hydratation</li> <li>· Hygiène bucco-dentaire</li> <li>· Humidifier (spray d'eau, gel buccal)</li> <li>· Stimuler le flux salivaire (goût acide)</li> </ul> |

Tableau 1 : Récapitulatif des signes, facteurs, enjeux et prise en soins de la sécheresse buccale.

Image 1 : Photographie illustrant la xérostomie à droite.



(Oralscience Canada, 2021, avec autorisation de l'auteur)

### 3.1.3. Prise en soins et traitements

Les soins d'hygiène et d'hydratation quotidiens aident à rétablir le pH buccal. Ils permettent d'éliminer la plaque dentaire, de diminuer l'acidité buccale, de protéger les dents et de prévenir des caries ou des mycoses dans le cas de sécheresse buccale (Lacoste-Ferré & al., 2013).

La détérioration de l'état général entraîne une perte de la capacité de s'alimenter et de boire parallèlement à la diminution de la sensation de soif. Ainsi, la déshydratation est fréquente lors du vieillissement. La lubrification ou l'humidification peut être envisagée par des sprays, ou des gels buccaux, de l'eau pétillante fraîche, ainsi que des bâtonnets citronnés ou glycinés maintenus au frais. Toutefois, ces derniers sont déconseillés en cas de lésions buccales. Certains aliments permettent de favoriser la mastication et ainsi stimuler le flux salivaire, comme les gommes à mâcher, les petits morceaux de fruits au goût acide, des sorbets sans sucre.

Si la cause de la sécheresse buccale est due à la prise de certains médicaments, il est parfois recommandé sous avis médical d'arrêter ou de réduire la prise lorsque cela est possible. Les soins de bouche peuvent également être réalisés avec un appareil hydropulseur, favorisant l'hygiène bucco-dentaire par action mécanique d'un jet d'eau engendrant une hydratation durable de la muqueuse buccale (Bernard, 2016).

Une prise en soins logopédique peut être envisagée en cas de respiration buccale. Conscientiser le patient sur la respiration physiologique ou encore faciliter la déglutition salivaire pourront être des objectifs éventuels. Aussi, des exercices analytiques de travail musculaire, de contrôle du bolus ou encore des stimulations sensibles au niveau des lèvres et de la langue pourront être considérés afin de stimuler le réflexe de déglutition. En résumé, le maintien d'un état de santé orale satisfaisant, d'un écosystème buccal équilibré permet au patient âgé de s'alimenter dans de bonnes conditions et de préserver un confort optimal (Lacoste-Ferré & al., 2013).

## 3.2. Dysfonctionnement de la mastication chez le sujet âgé

### 3.2.1. Rôles et mécanismes

La mastication et la déglutition sont des fonctions interdépendantes, puisqu'un trouble de la déglutition peut révéler un trouble masticatoire. (Hennequin, 2015).

Son mécanisme dépend d'un fonctionnement efficace impliquant les dents, les muscles masticateurs ainsi que l'articulation temporo-mandibulaire. La conservation d'un nombre minimum de 20 dents joue un rôle primordial au maintien d'une fonction masticatoire efficace et d'une bonne nutrition (Séguier & al., 2009). Aussi, la mastication est sous l'influence de l'état et de la mobilité des dents, ou le port éventuel de prothèses plus ou moins fonctionnelles. Une édentation partielle ou totale peut être observée en raison d'une usure prématurée, d'une alimentation inadaptée, d'une mauvaise hygiène bucco-dentaire ainsi que la prise de médicaments (Bodineau & Bert, 2010).

### 3.2.2. Conséquences de la mastication

Comme nous l'avons abordé précédemment, la perte de dents affecte la dégradation des aliments. Les troubles de la mastication engendrent une phase orale ralentie. Les problèmes de mastication peuvent ainsi favoriser les fausses routes primaires avec obstruction lorsqu'un morceau non mastiqué vient se coincer dans le larynx ou secondaire en lien avec la formation de stases (Senez, 2015). Lors de la mastication, l'articulation temporo-mandibulaire supporte une pression, relative à la position et à l'état des dents supérieures et inférieures. Dès lors qu'elle n'est plus fonctionnelle, la mobilité peut être limitée et la force musculaire diminuée. Ainsi, moins l'articulation est tonique et souple, plus la mastication sera coûteuse et allongée (Chevillot-Sauger, 2018).

### 3.2.3. Prise en soins et traitements

L'hygiène buccale doit être quotidienne pour satisfaire une bonne dentition ou un entretien efficace des prothèses afin de préserver un potentiel masticatoire. La plaque dentaire se reforme sur les dents et dans la bouche toutes les 24 heures. Le brossage des dents d'une durée suffisante (minimum 3 minutes) est essentiel (Chevillot-Sauger, 2018). Le choix d'un dentifrice fluoré protège l'émail des dents et permet d'apporter une action antiseptique chez le sujet âgé prédisposé aux caries et aux parodontopathies. La brosse à dents doit être

souple pour ne pas aggraver les gencives. Elle peut être électrique pour faciliter le brossage (Lacoste-Ferré, 2017).

En outre, il est important de ne pas négliger l'entretien des prothèses qui sont responsables de rétention de bactéries. Dans le cas de personnes âgées dépendantes, lorsque les soins d'hygiène ne sont pas réalisables, il est possible d'avoir recours aux bains de bouche. Ils permettent de réduire le développement des germes buccaux, d'éliminer les débris alimentaires, de diminuer l'acidité orale et de protéger les muqueuses. Dans le cas de pathologies buccales infectieuses (gingivite, caries), les bains de bouche antiseptiques sont utilisés sous prescription médicale. Lorsqu'ils sont possibles, ils s'avèrent très utiles. Ils doivent rester un moment agréable, réalisés avec douceur, car si la bouche est douloureuse cela peut conduire à un refus de soins (Bodineau & al., 2007).

Concernant l'approche logopédique, des modifications de texture alimentaire pourront être adaptées à chaque patient, des conseils pourront être prodigués. Le logopède pourra proposer des mobilisations actives de la sphère bucco-faciale afin d'améliorer la sensibilité, le tonus, la coordination des mouvements de mastication et le contrôle du bolus. Ces améliorations permettront de réduire le trouble mastocatoire dans le but d'assurer une meilleure déglutition (Woisard & Puech, 2011).

Image 2 : Photographie d'une prothèse dentaire non entretenue.



(V.Ruglio, 2021, avec autorisation de l'auteure)

### 3.3. Dysfonctionnement de la digestion chez le sujet âgé

#### 3.3.1. Signes et causes du reflux gastro-œsophagien (RGO)

Le RGO est la remontée d'une partie ou de la totalité du contenu de l'estomac dans l'œsophage, avec ou sans régurgitation. Cette remontée est liquide, souvent acide, et douloureuse (Hennequin, 2015a). Ainsi, après un repas trop riche ou trop rapide, une sensation de brûlure peut se faire sentir derrière et au-dessus du creux épigastrique en remontant quelquefois jusqu'au pharynx (Rofidal, 2011a). Cette sensation est le résultat d'une altération de la barrière anti-reflux au niveau de la jonction entre l'estomac et l'œsophage. Parmi les causes possibles, nous pouvons relever des troubles de la déglutition, des troubles de la posture favorisés par une station assise ou allongée permanente, une lenteur anormalement élevée de la vidange gastrique ainsi que la prise de certains médicaments. Il est important d'être vigilant aux nombreux signes d'alerte du reflux gastro-œsophagien et de savoir les reconnaître (Hennequin, 2015b). L'acide contenu dans l'estomac brûle la muqueuse du bas de l'œsophage et peut être responsable d'ulcérations qui sont douloureuses surtout la nuit. Le pyrosis, manifestation de la douleur, est un symptôme révélateur qui n'est pas toujours exprimé par le sujet âgé. Toutefois, nous pouvons être attentifs aux pleurs, aux troubles du comportement, une perte de l'appétit, des vomissements fréquents ou encore des réveils nocturnes, qui sont autant de signes faisant appel à notre vigilance (Rofidal, 2011b).

#### 3.3.2. Conséquences du reflux gastro-œsophagien

Le reflux gastro-œsophagien peut être à l'origine de symptômes pulmonaires, ou oropharyngés, de toux, de douleurs thoraciques non angineuses, de dysphonie, de lésions dentaires, mais aussi de perturbations du sommeil qui provoquent une fatigue et une somnolence diurne (Ducrotté & Riachi, 1996). L'état du sujet âgé peut ainsi se dégrader rapidement. Si le RGO n'est pas identifié à temps, les conséquences peuvent être délétères engendrant une perte de poids et pouvant entraîner à terme une dénutrition (Hennequin, 2015). Parmi les complications du reflux gastro-œsophagien, nous retrouvons, l'œsophagite,



les ulcères ou encore les sténoses œsophagiennes qui peuvent entraîner des troubles de la déglutition. L'acidité associée à une dysphagie entraîne un encombrement bronchique, des infections respiratoires et augmente considérablement le risque de pneumopathies d'inhalation (Chatellier & al., 2009).

### 3.3.3. Prise en soins et traitements

La difficulté diagnostique réside dans l'absence fréquente des symptômes digestifs caractéristiques du reflux gastro-œsophagien. Les symptômes extradiigestifs pourront être confirmés lors d'un test thérapeutique par inhibiteurs de la pompe à protons (IPP) à forte dose, ou par une pH-métrie (Ducrotté & Riachi, 2005). Ainsi pour lutter contre l'acidité de l'estomac, des traitements médicamenteux inhibiteurs de la pompe à protons pourront être prescrits par le médecin. Toutefois, en cas d'échec de traitement, une intervention chirurgicale peut être envisagée afin de recréer une valve entre l'œsophage et l'estomac. Elle est réalisée isolément ou conjointement avec la mise en place d'une gastrostomie. L'accompagnement quotidien du personnel soignant peut aider le sujet âgé à moins souffrir de son reflux. Ainsi, il est nécessaire d'améliorer les mesures hygiéno-diététiques et la déglutition pour limiter le RGO. De plus, si le sujet réussit à avaler sa salive, celle-ci diminuera les brûlures provoquées par l'acide. Enfin, une meilleure déglutition évitera les fausses routes, et par conséquent la toux qui augmente le reflux (Rofidal, 2011a).

L'adaptation d'une posture adéquate est indispensable pour assurer une déglutition sécuritaire, en privilégiant une position assise pendant et après le repas. Quelquefois, l'importance du reflux et de ses complications respiratoires impose des mesures permanentes de surélévation de la tête et du tronc. Avant le coucher, il est préférable d'éviter certains aliments acides, de proposer une alimentation à texture modifiée et de fractionner les repas (Hennequin, 2015). D'une manière générale, il faut se méfier des aliments insuffisamment mastiqués qui irritent mécaniquement la muqueuse de l'œsophage et les aliments gras qui ralentissent la vidange gastrique. Des exercices de relaxation et des massages de la zone abdominale peuvent être préconisés pour la décontraction des muscles abdominaux. Il faut veiller à la constipation (puisque la stase de matières fécales peut occuper la quasi-totalité de

l'espace intra-abdominal) et à l'absence de pressions sur l'estomac. En effet, l'élévation de la pression à l'intérieur de l'abdomen comprime l'estomac dont le contenu est repoussé vers l'œsophage. Il faut donc lutter contre tous les facteurs qui augmentent cette pression (Rofidal, 2011b).

| REFLUX GASTRO-ŒSOPHAGIEN CHEZ LA PERSONNE ÂGÉE  |  |  |   |
|---|--|--|---|
| CAUSES  | SIGNES   | CONSEQUENCES   | TRAITEMENTS   |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>· Immobilité, troubles de la posture et du tonus</li> <li>· Lenteur de la vidange gastrique</li> <li>· Pas de péristaltisme de l'œsophage</li> <li>· Pression dans l'abdomen</li> <li>· Prise médicamenteuse</li> <li>· Réflexe nauséeux hypersensibles</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>· Douleur</li> <li>· Perte de goût</li> <li>· Nausées, vomissements, éructations fréquents</li> <li>· Peau du menton rouge au réveil</li> <li>· Réveils nocturnes</li> <li>· Grimaces, gênes au début du repas</li> <li>· Bruxisme</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>· Encombrement bronchique</li> <li>· Pneumopathies d'inhalation</li> <li>· Laryngites-pharyngites</li> <li>· Pathologies de l'œsophage</li> <li>· Dénutrition, fatigue, douleur</li> <li>· Troubles du sommeil</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>· Bonne installation à 30° au siège</li> <li>· Veiller à ce qu'il n'y ait pas de pression sur l'estomac</li> <li>· Prévenir les troubles du transit (bonne hydratation, fibres)</li> <li>· Améliorer la déglutition</li> <li>· Adaptations alimentaires</li> <li>· Traitement médicamenteux</li> </ul> |

Tableau 2 : Récapitulatif des signes, facteurs, enjeux et prise en soins du reflux gastro-œsophagien.

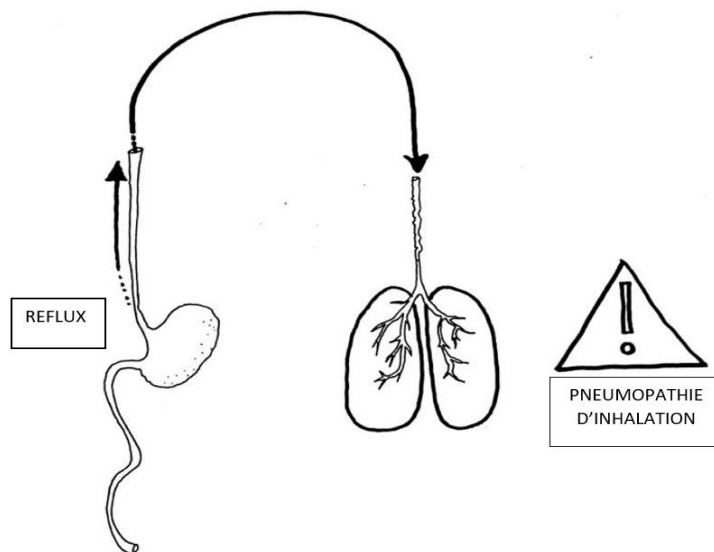


Image 3 : Illustration du lien entre le reflux gastro-œsophagien et la pneumopathie.

## 4. Intervention pluridisciplinaire et effets thérapeutiques des soins oraux

En résumé, nous pouvons constater que les différents facteurs de la santé orale précédemment évoqués sont étroitement liés. Il est important de pouvoir les identifier afin d'assurer la meilleure prise en soins. Chaque mécanisme peut entraîner une conséquence sur l'autre. C'est pourquoi les soins d'hygiène bucco-dentaire quotidiens ont une importance capitale pour le sujet âgé. Ils permettront d'améliorer le confort global en favorisant la satisfaction des besoins fondamentaux essentiels à la vie, comme s'alimenter, respirer et communiquer. De manière générale, les soins d'hygiène permettent de soulager la douleur et préviennent le risque d'infections qui peut s'avérer dangereux associé à des troubles de la déglutition (Bernard, 2016).

Cette prise en soin gériatrique est multidisciplinaire, avec l'intervention de professionnels médicaux, chirurgicaux et paramédicaux agissant dans l'intérêt des personnes âgées. Chaque compétence est essentielle pour cette prise en soins de la santé orale autant pour la transmission que pour l'intervention, se traduisant aussi par la prévention et la prise en charge logopédique.

## IV. Sensibilisation et prévention

### 1. Prévention en logopédie

#### 1.1. Définition

Selon l'Organisation mondiale de la santé, la prévention se définit comme « l'ensemble des mesures visant à éviter ou réduire le nombre et la gravité des maladies, des accidents et des handicaps ». En ce qui concerne les domaines d'intervention logopédique, le Comité Permanent de l'Union Européenne stipule que le logopède intervient de plus en plus dans le domaine de la prévention et de l'information du personnel de santé pour l'éducation sanitaire. Ainsi la prévention est une partie intégrante de la fonction de logopède. Selon l'Organisation mondiale de la santé, la prévention se répartit en trois stades. La prévention primaire comprend « tous les actes destinés à diminuer l'incidence d'une maladie dans une population, donc à réduire le risque d'apparition de cas nouveaux » (Abela & Ledoux, 2015). Relevons qu'en logopédie cela correspondrait à l'éducation sanitaire. La prévention secondaire recouvre « les actes destinés à diminuer la prévalence d'une maladie dans une population donc à réduire la durée d'évolution ». En ce qui concerne la logopédie cela relèverait du dépistage précoce, comme les troubles de la déglutition. Enfin, la prévention tertiaire vise à « diminuer la prévalence des incapacités chroniques ou des récives dans une population donc à réduire les modalités fonctionnelles consécutives à la maladie » il s'agirait ici de l'action thérapeutique que peut avoir la logopédie en rééducation (Brin & al. 2004).

#### 1.2. Cible et intérêts de la prévention

Les besoins en soins buccodentaires des personnes âgées augmentent et les actes à réaliser sont de plus en plus complexes. Le code déontologique et éthique des logopèdes régit par le Conseil d'agrément des logopèdes stipule dans l'article 1.6 : « *Les logopèdes doivent prodiguer le meilleur traitement possible à leurs patients en évitant d'outrepasser leur compétence et proposer au patient de s'adresser, le cas échéant, à d'autres prestataires de*

*soins. Les logopèdes se doivent de refuser des traitements non justifiés d'un point de vue logopédique. [...] ».* Ainsi, l'acte concernant l'hygiène bucco-dentaire n'est pas répertorié dans nos fonctions et compétences. Toutefois, il est de notre devoir de solliciter et de réaliser un acte préventif auprès des personnels compétents et à même de prodiguer les soins nécessaires.

Les actes liés à l'hygiène bucco-dentaire sont donc assumés au quotidien par les soignants au niveau du brossage des dents et de la langue, du nettoyage des prothèses et des muqueuses. Les autres actes comme le détartrage, les avulsions, les soins des caries ou la réalisation de prothèses relèvent obligatoirement de la compétence d'un chirurgien-dentiste. L'intégration de ces professionnels spécialisés aux réseaux gérontologiques est importante pour la mise en place d'une organisation de réseaux adaptés. Ainsi, la formation de chacun des acteurs reste nécessaire (Thiébaud & al. 2008). L'Organisation mondiale de la santé recommande aux pays d'adopter certaines stratégies pour améliorer la santé orale chez le sujet âgé. Il s'agirait de traduire les connaissances médicales déjà acquises en programme d'actions. Cela passerait par une phase de sensibilisation, de prévention et de formation (Petersen & al, 2010). Les soins bucco-dentaires permettent de préserver une bonne santé orale, d'apporter du confort aux personnes âgées et de limiter considérablement le risque d'infections néfaste pour la santé globale de l'individu. L'impact négatif des mauvaises conditions bucco-dentaires sur la qualité de vie des personnes âgées est un problème de santé publique important. C'est pourquoi la prise en compte au quotidien des propositions thérapeutiques élaborées par chaque professionnel permettrait d'obtenir de meilleurs résultats et une cohérence dans les soins réalisés. Le but étant une harmonisation des pratiques.

## 2. Limites de l'accès aux soins

Le sujet âgé en situation de dépendance ne peut pas systématiquement assurer ses soins d'hygiène lui-même. Ainsi, le personnel soignant est amené à les réaliser à sa place. Cette problématique est d'autant plus préoccupante que les besoins en santé orale sont particulièrement importants pour cette population (Folliguet, 2006a).

Les études menées en soins d'hygiène bucco-dentaire des sujets âgés institutionnalisés révèlent que le besoin en soins bucco-dentaires y est préoccupant, jusqu'à retentir sur la santé générale. Ces soins ne sont pas toujours perçus comme prioritaires et passent souvent après d'autres problèmes médicaux perçus comme plus urgents et évidents (Riesen & al., 2002).

De ce fait, une grille simple et accessible à tous peut être proposée : OHAT (Oral Assessment Tool) (Chalmers, 2005). Elle permet d'obtenir rapidement un aperçu global de l'état de la bouche et de repérer les zones non saines susceptibles de détériorer la qualité de vie du patient. Il est composé de 8 items : les lèvres, la langue, l'ensemble des gencives et muqueuses, la salive, les dents naturelles, les prothèses, l'hygiène buccale et la douleur.

Chaque item est noté 0, 1 ou 2. Un score de 0 marque l'absence de pathologie et un score de 2 sa présence. Un score de 1 signifie qu'il existe une modification remarquable du critère sans néanmoins être pathologique (Annexe I).

Cette grille peut se réaliser en un temps relativement court et peut renseigner sur les capacités de la personne âgée. Ainsi, le personnel soignant pourra l'orienter plus facilement vers un professionnel de santé compétent.

D'autre part, les sujets âgés dépendants, présentant des troubles cognitifs, seraient moins demandeurs de soins parce qu'ils seraient moins conscients de leurs besoins.

Enfin, le personnel soignant n'a pas toujours conscience de l'importance de la santé orale (Arpin, 2008) et se montre souvent réticent vis-à-vis des soins de bouche, perçus comme peu gratifiants (Coleman, 2002). Ils peuvent être désagréables à effectuer et peuvent parfois susciter une sorte de rejet (Thiébaud & al., 2008). D'autres facteurs interviennent comme les contraintes de temps, la pratique solitaire, la crainte de faire mal, l'absence de protocole de soin ou de matériel adapté.

Au-delà de ces facteurs, il a été établi que le personnel soignant peut se montrer réservé pour tout ce qui touche à l'hygiène bucco-dentaire des patients (Chung, 2000). Il ne faut pas négliger l'aspect psychologique de l'acte pouvant être considéré comme intrusif et relevant de la sphère intime (Folliguet, 2006b). Il est important de préciser qu'il en est de même chez les professionnels spécialisés qui peuvent éprouver une réticence, par manque d'habitude, au niveau du traitement dentaire en gériatrie (Matear & Gudofsky, 1999).

Une autre limite de l'accès aux soins est la non-coopération des patients eux-mêmes à la toilette buccale par des refus, des absences de compréhension, ou une attitude agressive. (Folliguet, 2006c). Les troubles de la communication, tout comme les troubles du comportement, peuvent engendrer de réelles difficultés et sont des freins importants. D'où la nécessité d'apporter des méthodes de communication basée sur le « concept d'humanité » afin d'expliquer au patient ce qui va être réalisé. Par ailleurs, la sensibilisation et la prévention en santé orale sont aussi indispensables pour l'entourage que pour le patient lui-même.

Enfin, de très nombreuses études mettent en évidence les difficultés de réalisation des soins d'hygiène buccale quotidienne ; la sensibilisation du personnel soignant, l'accès à des supports et matériels adaptés, le soutien des directeurs d'établissement sont des facteurs d'amélioration de la santé orale du sujet âgé. Les soins d'hygiène buccale réguliers doivent être inclus dans les recommandations de bonnes pratiques (Folliguet, 2006d).

## CONCLUSION

Le processus de vieillissement qu'il soit physiologique ou pathologique engendre des modifications anatomiques, psychologiques, sociales. Aussi, le vieillissement peut prédisposer à la fragilité, dans ce cas elle est une alerte vers le déclin fonctionnel, l'hospitalisation ou le décès. Les soignants doivent donc être vigilants et sensibilisés aux mécanismes vieillissants de la déglutition. La presbyphagie est définie comme le vieillissement des fonctions de la sphère orofaciale en lien avec les différentes phases de la déglutition. Elle entraîne des conséquences sur la santé et sur la qualité de vie, ainsi que des répercussions négatives encore plus importantes lorsqu'elles sont couplées à une mauvaise santé orale comme les pneumopathies d'inhalation. Ainsi, la place de la logopédie est essentielle au sein de l'équipe multidisciplinaire pour assurer un travail d'échanges et de prévention spécifique à la presbyphagie. Il est important de bien connaître tous les mécanismes, les dysfonctionnements et les signes pour pouvoir les prendre en soins. De plus, la dépendance entraîne davantage une dégradation de l'état bucco-dentaire et présente des besoins particuliers. D'après des études en santé orale, les soins bucco-dentaires réduiraient considérablement le risque de pneumopathies chez les personnes âgées en institution. Ce constat souligne la nécessité d'organiser des plans d'action. Dès lors, il semble primordial de conscientiser les soignants en institution gériatrique par le développement d'un outil de sensibilisation pour la promotion de la santé orale.



# PARTIE PRATIQUE

## INTRODUCTION

Ce travail de fin d'études a pour objectif la sensibilisation en santé orale auprès du personnel soignant et l'analyse de différents facteurs de sensibilisation. En effet, après discussion sur le terrain auprès de l'équipe de logopèdes et du comité déglutition de l'hôpital, nous nous sommes aperçues que le projet de sensibilisation en santé orale avait déjà fait l'objet de plusieurs discussions ces dernières années et répondait à une demande.

Ainsi, un premier état des lieux de la sensibilisation en santé orale sera proposé au sein du service de gériatrie du CHwapi. Un premier questionnaire sera mis à la disposition du personnel soignant pour analyser les connaissances des professionnels ciblés et recueillir des données utiles pour la création d'un support.

Ensuite, nous souhaitons proposer un support de sensibilisation afin de souligner l'importance des risques encourus face à une santé orale déficitaire et attirer l'attention sur le rôle essentiel d'une prise en soins pluridisciplinaire. C'est pourquoi, la proposition innovante d'un média audiovisuel est envisagée, elle permettra d'encourager le partage de connaissances et d'expérience de chacun dans l'objectif d'une prise en soins optimale commune de la personne âgée.

Enfin, un QR code apparaissant à la fin de ce média audiovisuel est envisagé pour permettre aux professionnels d'accéder au second questionnaire, différent du premier, sous format électronique « Google Forms ». L'objectif du second questionnaire serait de vérifier l'intérêt du support audiovisuel de sensibilisation. Les réponses seront analysées conjointement à celles de la première distribution, afin d'étudier la pertinence du support proposé, de rapporter des connaissances plus précises sur la prise en soins, et de confirmer ou d'infirmier son utilité.

# I. Sujets, matériels et méthodes

## 1. Population visée

### 1.1. Critères d'inclusion

Afin de créer un support de sensibilisation propre au service de gériatrie du Chwapi, nous avons sélectionné exclusivement le personnel soignant de ce service afin d'obtenir des résultats précis pour notre étude. Ainsi, l'intégralité du personnel intervenant auprès de la personne âgée est prise en considération. Il est composé de médecins gériatres, d'infirmiers, d'aides-soignants, de chefs de service, d'aides logistiques, d'ergothérapeutes, de diététiciens, de psychologues et d'étudiants infirmiers.

### 1.2. Critères d'exclusion

Le personnel issu du milieu médical dentaire comme les chirurgiens-dentistes n'a pas été intégré au sein de l'étude. Il en est de même pour les logopèdes qui n'ont pas répondu aux questionnaires afin de ne pas biaiser les résultats sur les connaissances en santé buccodentaire ou en dysphagie. De plus, nous avons fait le choix de sélectionner qu'un seul service afin de cibler au mieux les besoins et les connaissances du personnel et de proposer un outil adapté en fonction de leur demande.

### 1.3. Chronologie de l'étude

Tout d'abord, un premier questionnaire a été créé en février 2022 afin de recueillir les connaissances du personnel soignant sur la santé orale. À partir des résultats obtenus, un support audiovisuel de sensibilisation a été créé en avril 2022. Ensuite, ce support a été diffusé largement sur les adresses électroniques professionnelles du personnel ayant répondu au premier questionnaire en mars 2022 ainsi qu'aux autres membres du personnel concerné.

Enfin, un second questionnaire disponible en mai 2022 a permis de vérifier l'impact du support audiovisuel.

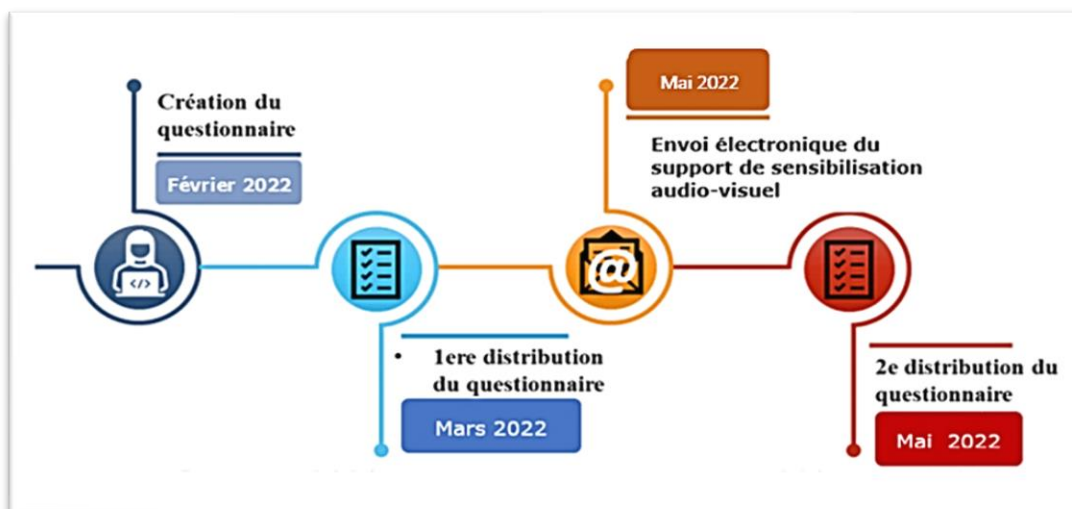


Figure 1 : Déroulement chronologique de l'étude.

## 2. Matériel utilisé : premier questionnaire

### 2.1. Choix des items et des questions

Le premier questionnaire est conçu en huit sous parties (Annexe II). Il est constitué de 17 questions, parmi lesquelles 15 questions sont à choix multiples. Le questionnaire comporte uniquement 2 questions ouvertes afin de recueillir les connaissances du personnel soignant en santé orale. Elles n'ont pas été choisies majoritairement pour rendre le questionnaire plus accessible et moins fastidieux à remplir. Les questions à choix multiples ont été pensées pour ne pas influencer les réponses. Il était conseillé de répondre au besoin « NSP » ou « NA » pour « je ne sais pas » ou « non applicable ».

Une première partie « généralités » permet de cibler l'âge et la profession de l'individu, pour faciliter l'analyse et la comparaison des résultats par groupe de population.

## GÉNÉRALITÉS

- **Quel est votre poste au sein de l'établissement ?**

- Infirmier.e / Infirmier.e référent.e
- Aide-soignant.e
- Médecin
- Chef.fe de service
- Ergothérapeute
- Aide logistique
- Étudiants (Précisez votre niveau d'étude : .....)
- Autre .....

- **À quelle tranche d'âge appartenez-vous ?**

- Moins de 25 ans
- 25-50 ans
- Plus de 50 ans

Dans la deuxième partie, les connaissances d'ordre général en santé orale sont abordées.

Une réponse par « oui » ou par « non » est attendue pour la première question. Pour la seconde, ce sont plutôt les premières intentions qui seront écrites sur l'espace dédié.

## SANTÉ ORALE

- **Avez-vous déjà entendu parler de la « santé orale » ?**

- Oui
- Non

- **Pour vous qu'est-ce qu'une mauvaise santé orale ?**

.....

Concernant les deux dernières questions, des réponses à choix multiples sont proposées afin de faciliter la réponse au questionnaire et de pouvoir obtenir des réponses simples et précises sur les connaissances des répondants. Il nous a semblé intéressant de présenter les réponses aux premières questions « Avez-vous déjà entendu parler de la santé orale ? » et « Pour vous qu'est-ce qu'une mauvaise santé orale ? ». Ces questions permettent de se faire une idée de la conception de la santé orale qu'ont les professionnels de ce service.

- **Selon vous, qui sont le ou les professionnels de santé concernés par la prise en charge de la « santé orale » ?**

- Infirmier.e / Infirmier.e référent.e
- Aide-soignant.e
- Médecin
- Chef.fe de service
- Aide logistique
- Autre .....

- **Que faites-vous déjà pour prendre soin de la santé orale des patients ?**

- Soins de bouche  
À quelle fréquence ? .....
- Nettoyage de prothèses  
À quelle fréquence ? .....
- Soins bucco-dentaires médicamenteux
- Autre .....
- Aucun soin n'est réalisé
- Pour quelles raisons ? .....

Les réponses à la question « Selon vous, qui sont le ou les professionnels de santé concernés par cette prise en charge ? » semblent particulièrement intéressantes, car elles s'intéressent à la notion de pluridisciplinarité qui est très importante dans notre étude. Enfin, l'analyse des réponses à la question « Que faites-vous déjà pour prendre soin de la santé orale des patients ? » peut apporter une dimension objective et permettre de montrer l'importance accordée à la santé orale.

En ce qui concerne les troisième, quatrième, cinquième, sixième et septième parties, les thèmes abordés sont la « sécheresse buccale », « la mastication », « la déglutition », « la digestion », et « l'hygiène buccale ».

#### **SÉCHERESSE BUCCALE**

- **Constatez-vous des problèmes de sécheresse buccale chez les patients que vous suivez ?**

- Jamais
- Pas souvent
- Régulièrement
- Très souvent

- **Selon vous, y a-t-il un lien entre la sécheresse buccale et des troubles de la déglutition ?**

- Oui
- Non

Si oui, à quoi pensez-vous ? .....

**MASTICATION**

• **Constatez-vous des difficultés de mastication chez les patients que vous suivez ?**

- Jamais
- Pas souvent
- Régulièrement
- Très souvent

• **Selon vous, y a-t-il un lien entre des difficultés de mastication et des troubles de la déglutition ?**

- Oui
- Non

Si oui, à quoi pensez-vous ? .....

**DÉGLUTITION**

• **Constatez-vous des problèmes de type fausse-route chez les patients que vous suivez ?**

- Jamais
- Pas souvent
- Régulièrement
- Très souvent

**DIGESTION**

• **Constatez-vous des signes de reflux gastro-œsophagien chez les patients que vous suivez ?**

- Jamais
- Pas souvent
- Régulièrement
- Très souvent

• **Selon vous, y a-t-il un lien entre le reflux et des troubles de la déglutition ?**

- Oui
- Non

Si oui, à quoi pensez-vous ? .....

**HYGIÈNE BUCCO-DENTAIRE**

• **Constatez-vous des problèmes d'hygiène bucco-dentaire chez les patients que vous suivez ?**

- Jamais
- Pas souvent
- Régulièrement
- Très souvent

Si oui, lesquels ? .....

• **Selon vous, quels peuvent être les risques encourus face à une hygiène bucco-dentaire déficitaire ?**

.....  
.....

En fonction des effets que l'on voulait constater, nous avons ensuite décidé de regrouper les réponses et nous concentrer sur l'analyse de certaines questions. La question « Constatez-vous ce trouble chez les patients que vous suivez ? » nous a permis d'analyser les connaissances liées aux mécanismes des divers dysfonctionnements en santé orale. Nous nous sommes ensuite concentrées sur le constat des différents troubles en matière de fréquence « jamais, pas souvent, régulièrement, très souvent » qui permettent de reconnaître de manière objective l'attention et la reconnaissance portées sur les troubles.

Nous nous sommes aussi intéressées à la perception des conséquences, des répercussions pour chaque trouble permettant de démontrer la conscience des liens entre les différents facteurs de la santé orale et des répercussions globales. Ainsi, nous avons également comparé les réponses aux questions « Selon vous, quels peuvent être les risques encourus, les conséquences de ces difficultés ? ».

Enfin, la dernière partie permet de développer la problématique de « l'accès aux soins ». Le support de sensibilisation pourra ainsi répondre à d'éventuels obstacles ou difficultés liés à la prise en charge.

**ACCÈS AU SOIN : SANTÉ ORALE**

- **Rencontrez-vous des difficultés ou des obstacles à une prise en soins efficace ?**

- Oui
- Non

Si oui, lesquels ? Précisez

.....  
.....

Si vous ne rencontrez pas d'obstacles à la prise en charge, quels recours vous seraient utiles ?

.....  
.....

Pour comparer les différences de représentation des difficultés d'accès aux soins, les réponses aux questions « Rencontrez-vous des difficultés ou obstacles à la prise en charge ? », « Si oui, lesquels ? Précisez », permettent d'avoir un aperçu des difficultés rencontrées dans cette prise en soins.

La dernière question met en évidence le sujet essentiel du support de prévention, c'est-à-dire le lien entre la santé orale et la dysphagie.



- **Pensez-vous qu'il y ait un lien entre une mauvaise santé orale et des troubles de la déglutition ?**

Oui

Non

Si oui, à quoi pensez-vous ? .....

Une réponse positive est attendue avec une justification. Cette dernière question permet d'évaluer les connaissances éventuelles des risques encourus en cas de mauvaise santé orale liée à la presbyphagie.

## 2.2. Validation

Nous avons souhaité tester au préalable le questionnaire auprès de l'équipe de logopèdes. Il était important d'avoir leurs avis et leurs validations quant à la pertinence des questions. De plus, la longueur du questionnaire et la forme ont été vues avec le médecin gériatre du service. Une fois le questionnaire vérifié et approuvé par l'équipe de logopèdes et du médecin gériatre, nous avons opté pour un questionnaire pertinent et succinct sous format « papier ».

D'autre part, nous nous sommes interrogées sur la longueur du questionnaire par le grand nombre de questions ouvertes. Le risque étant de lasser les répondants et ainsi nuire à la qualité des résultats. Nous avons donc décidé de réaliser « un score de lisibilité de Flesch » permettant d'indiquer la difficulté de notre questionnaire sur son degré de compréhension. Ce test met en évidence deux critères essentiels : la longueur des mots et la longueur des phrases. Nous avons donc obtenu un score correct qui indique une bonne typographie et une taille des caractères accessible, mais également un degré de compréhension satisfaisant.

## 2.3. Diffusion

Nous avons effectué des démarches au sein de l'équipe informatique de l'hôpital pour la distribution des questionnaires et du support de prévention sur l'intranet (service informatique accessible par tous les professionnels salariés du CHwapi). Nous avons obtenu

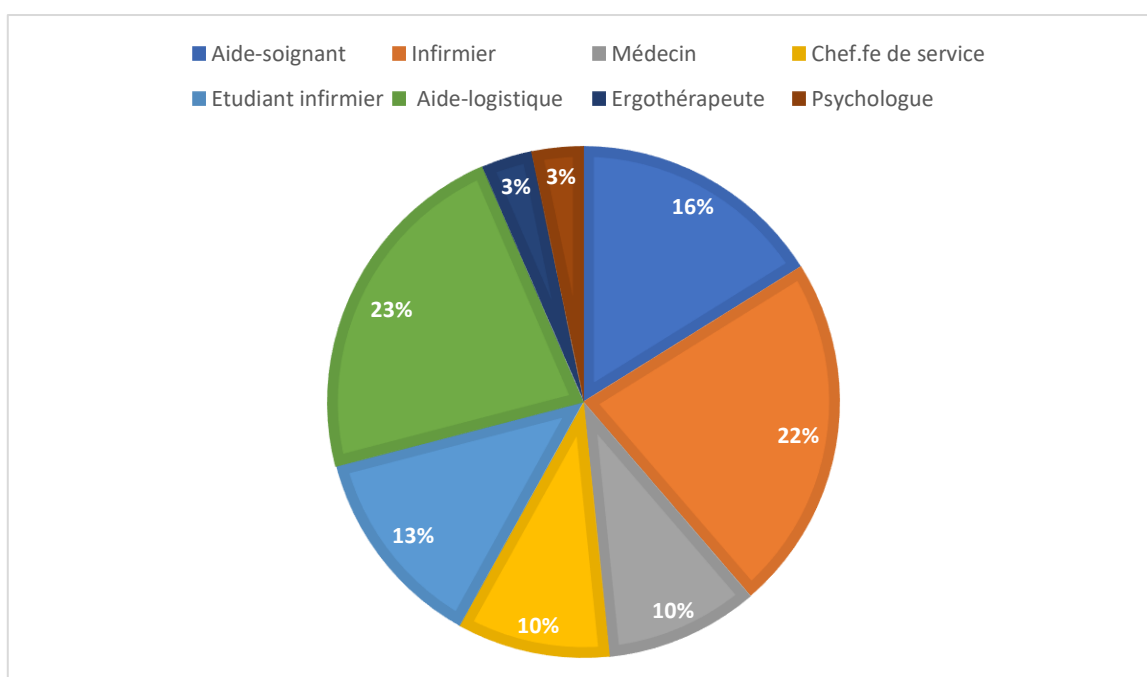
un refus en raison d'un intranet exclusivement réservé aux dossiers des patients. Dans ces conditions, après concertation avec le médecin gériatre, les questionnaires ont été distribués au personnel soignant lors des réunions d'équipe hebdomadaires, et au personnel présent en salle de pause pour permettre une participation libre en fonction des disponibilités.

### 3. Résultats du premier questionnaire

Le premier questionnaire a pu être complété par 31 personnes dont parmi eux :

- 38,70 % ont moins de 25 ans.
- 48,39 % ont entre 25 et 50 ans
- 12,91 % ont plus de 50 ans

Dans le diagramme ci-dessous, nous pouvons observer la répartition des participants selon le poste occupé dans l'établissement :



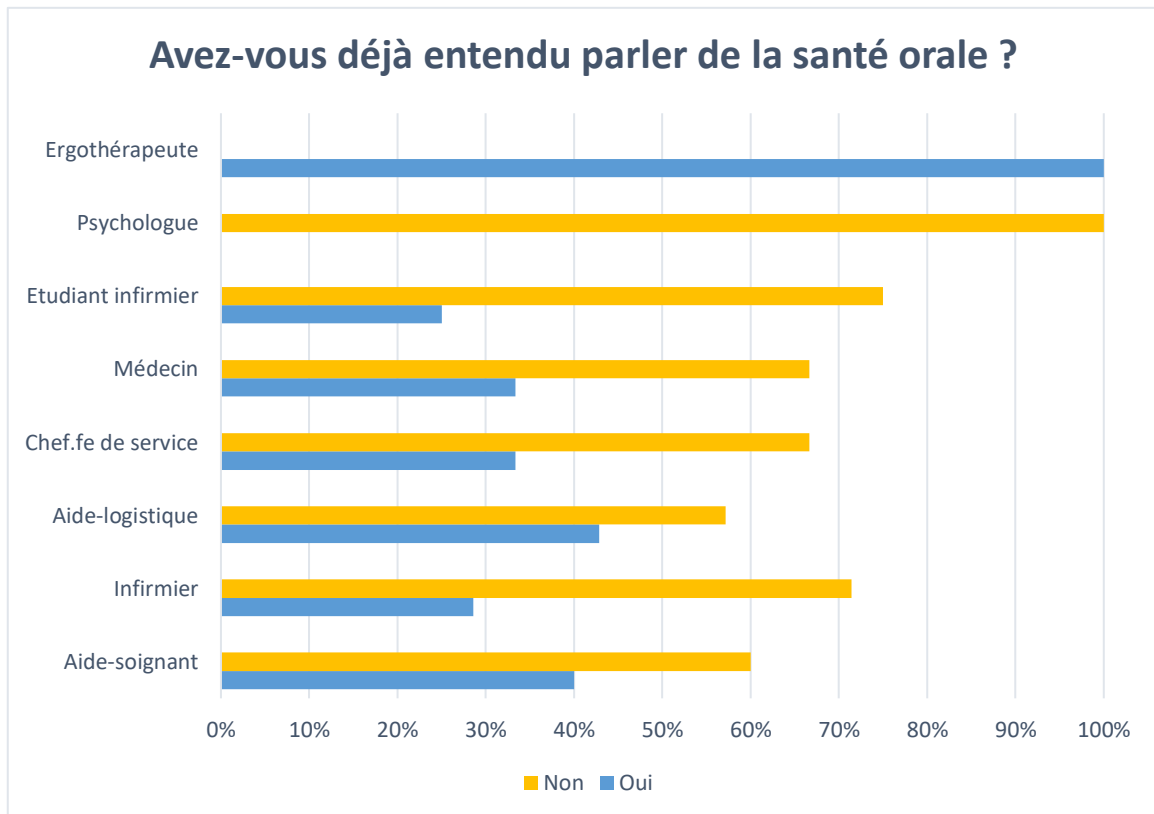
**Figure 2** : Répartition des répondants selon la profession exercée.

Nous pouvons observer que les aides-soignants, les infirmiers ainsi que les aides logistiques sont les professions les plus représentées. Ainsi, nous avons au sein de chaque catégorie professionnelle :

- 5 aides-soignants
- 7 infirmiers
- 3 médecins
- 3 chefs de service
- 4 étudiants infirmiers
- 7 aides logistiques
- 1 psychologue
- Et 1 ergothérapeute

Cette répartition reflète plus ou moins les proportions habituellement observées au sein des services hospitaliers. Elle est pertinente pour notre étude puisque ces différents professionnels sont le plus souvent auprès de la personne âgée. En effet, notre souhait prioritaire était de recueillir les réponses des aides-soignants, des infirmiers et des aides logistiques. Nous l'avons spécifiquement précisé lors de nos différents échanges avec l'établissement hospitalier.

### 3.1. Sensibilisation générale à la santé orale selon les professions



**Figure 3** : *Connaissance du terme de la santé orale selon les professions.*

Nous constatons que la proportion des professionnels méconnaissant le terme de « santé orale » est plus importante, quelle que soit la profession. Il est à noter que, l'échantillon représentant la catégorie professionnelle « ergothérapeute » et « psychologue » est peu significatif en raison d'un nombre très restreint de participants (n=1).

De plus, si nous omettons ces catégories professionnelles, nous obtenons un pourcentage élevé de « non » (61,29 %) alors que le pourcentage de « oui » s'élève à 38,71 %.

Ainsi, les professions des participants peuvent être des facteurs influant potentiellement sur la sensibilisation en santé orale.

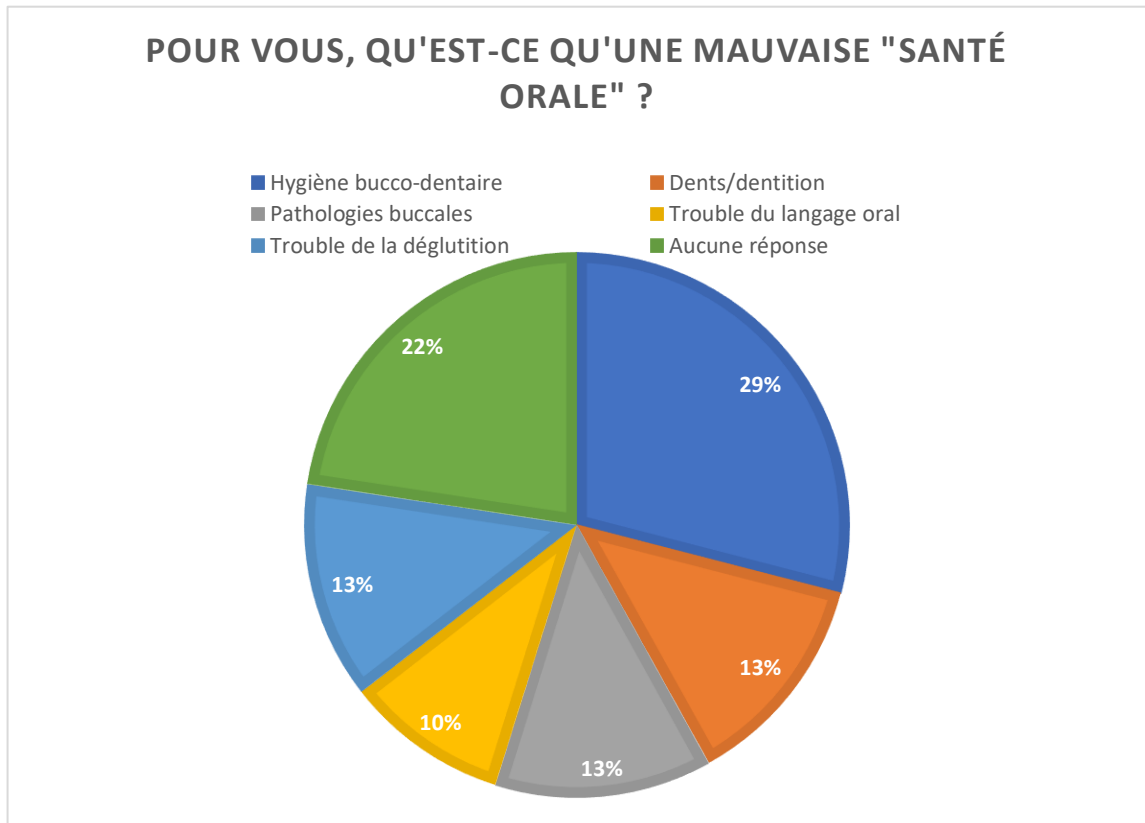


Figure 4 : Évocation d'une « mauvaise santé orale » toutes professions confondues.

En observant les différentes réponses données, nous constatons que le terme « hygiène bucco-dentaire » (29 %) est le plus souvent cité. Les termes relatifs à la cavité buccale sont également mentionnés. A contrario, 32 % des professionnels de santé, toutes catégories confondues, ignorent le terme de « santé orale » ou l'associent à des difficultés langagières.

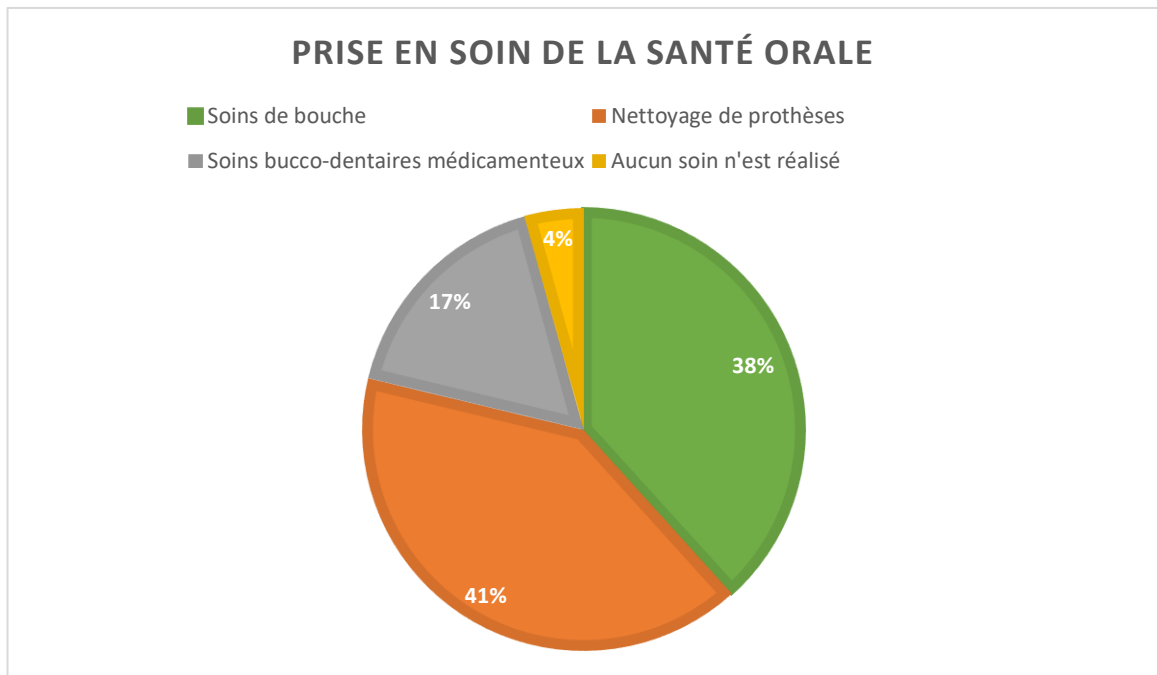
Ainsi la figure 4, permet de mettre en évidence l'intérêt de notre support de sensibilisation en santé orale et ses risques.



**Figure 5 :** Estimation des professionnels concernés par la prise en charge de la santé orale.

Nous n’observons pas de différences très marquées dans l’évocation des professionnels concernés en santé orale selon les différentes professions interrogées, si ce n’est que l’on pense plus aux « médecin », « infirmier » et « aide-soignant ». Nous pouvons émettre l’hypothèse que l’équipe soignante ne situe pas à quel professionnel attribuer cette prise en charge. Toutefois, nous pouvons observer que 12 % du personnel soignant ont cité « le logopède » comme professionnel de santé concerné par la santé orale et ses différents mécanismes.

Nous pouvons mettre en évidence que le personnel soignant est hésitant sur le professionnel à qui doit être confiée la prise en charge en santé orale.



**Figure 6** : *Prise en soin de la santé orale des patients.*

Nous pouvons observer que les réponses « nettoyage des prothèses » et « soins de bouche » sont généralement citées par l'équipe soignante. En revanche, les soins buccodentaires médicamenteux sont moins cités et qui peuvent s'expliquer par une minorité de répondants habilités à faire ce soin (« infirmier » : 22 %). Nous pouvons également remarquer que 4 % de la population étudiée ont répondu « aucun soin réalisé », il s'agit des catégories professionnelles « ergothérapeute » et « psychologue ». Aussi, cette donnée ne peut entrer en considération dans notre étude.

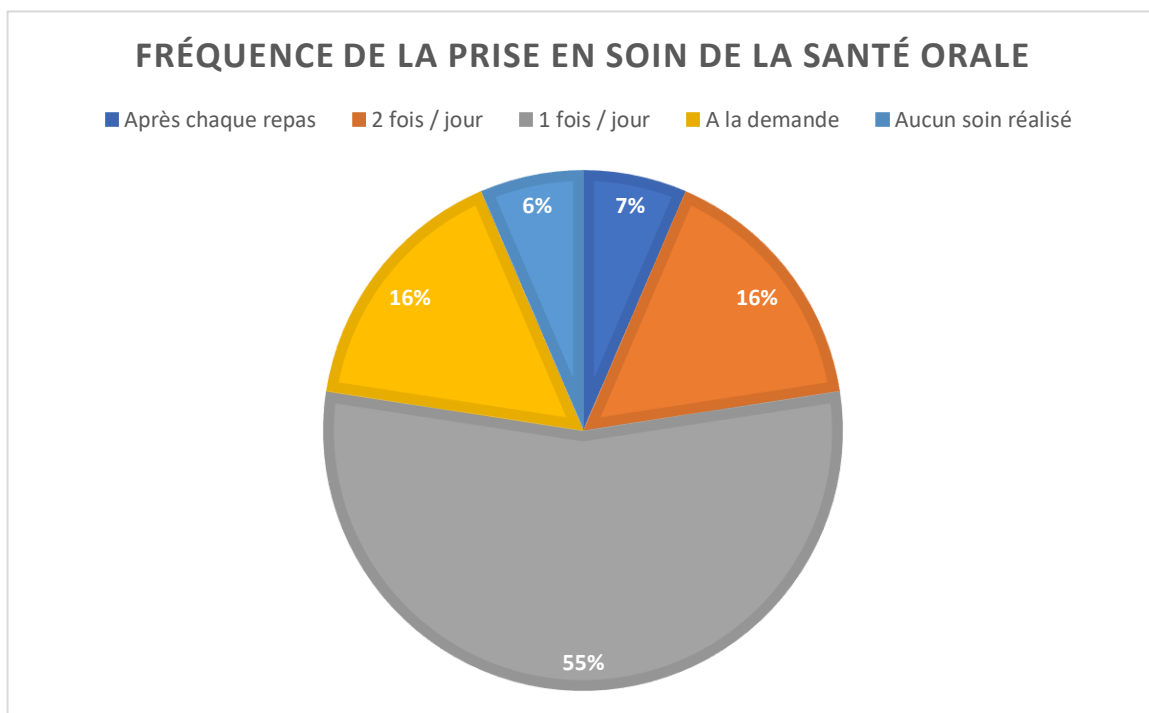


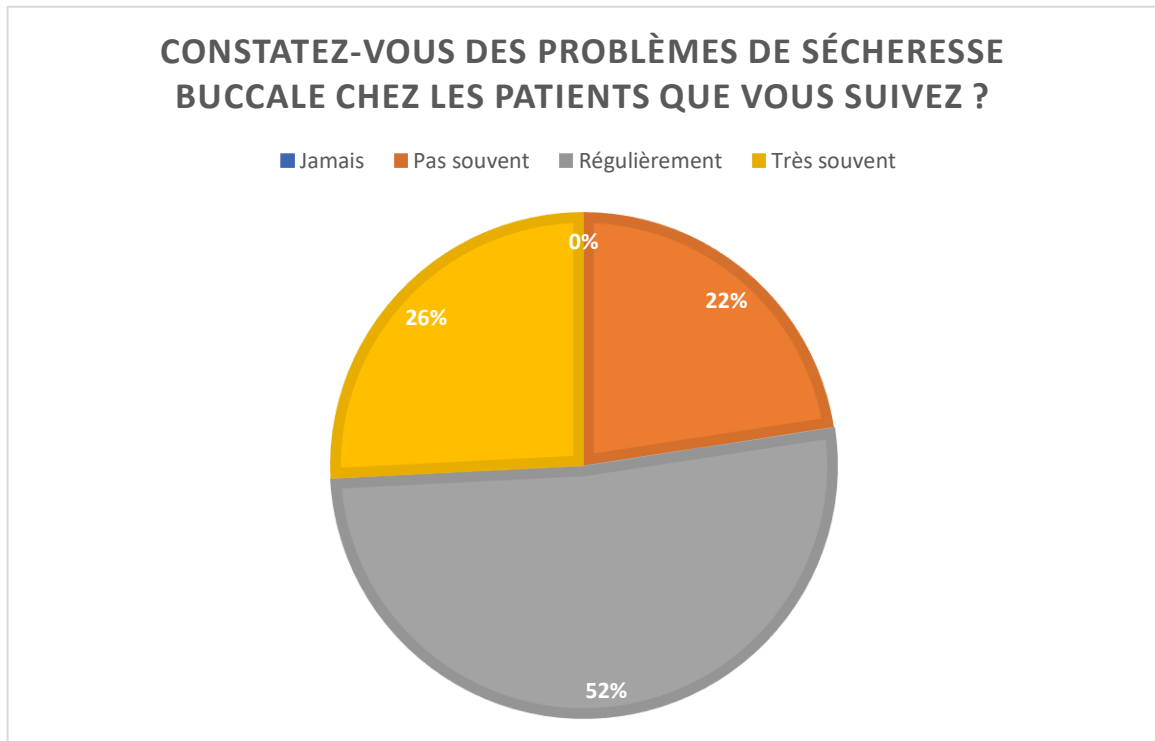
Figure 7 : Fréquence des soins réalisés en santé orale.

La figure 7 permet de situer la fréquence des actes de soins bucco-dentaires réalisés par le personnel soignant au quotidien. Nous pouvons observer que 55 % du personnel soignant estiment qu'un seul soin de bouche réalisé par jour est suffisant et nécessaire qui représente une grande partie de la population étudiée. Cette donnée est à considérer avec une grande impartialité. En revanche, 7 % du personnel soignant réalisent un soin de bouche systématiquement après les repas. Cette analyse permet de mettre en évidence l'importance de la santé orale dans la prise en charge de la personne âgée.



## 3.2. Perception des dysfonctionnements des mécanismes de la santé orale

### 3.2.1. Les troubles de la salivation : constat/repérage et connaissances des répercussions



**Figure 8 :** *Constat de la sécheresse buccale chez les patients âgés.*

La sécheresse buccale est constatée à hauteur de 52 % pour la fréquence « régulièrement » par les professionnels de santé. Nous pouvons constater que 22 % indiquent ne pas toujours remarquer les signes d'une sécheresse buccale. En revanche, 26 % du personnel soignant notent des troubles de la salivation chez les personnes âgées.

Cette figure ne permet pas de relever de nombreuses divergences entre les professionnels de santé.

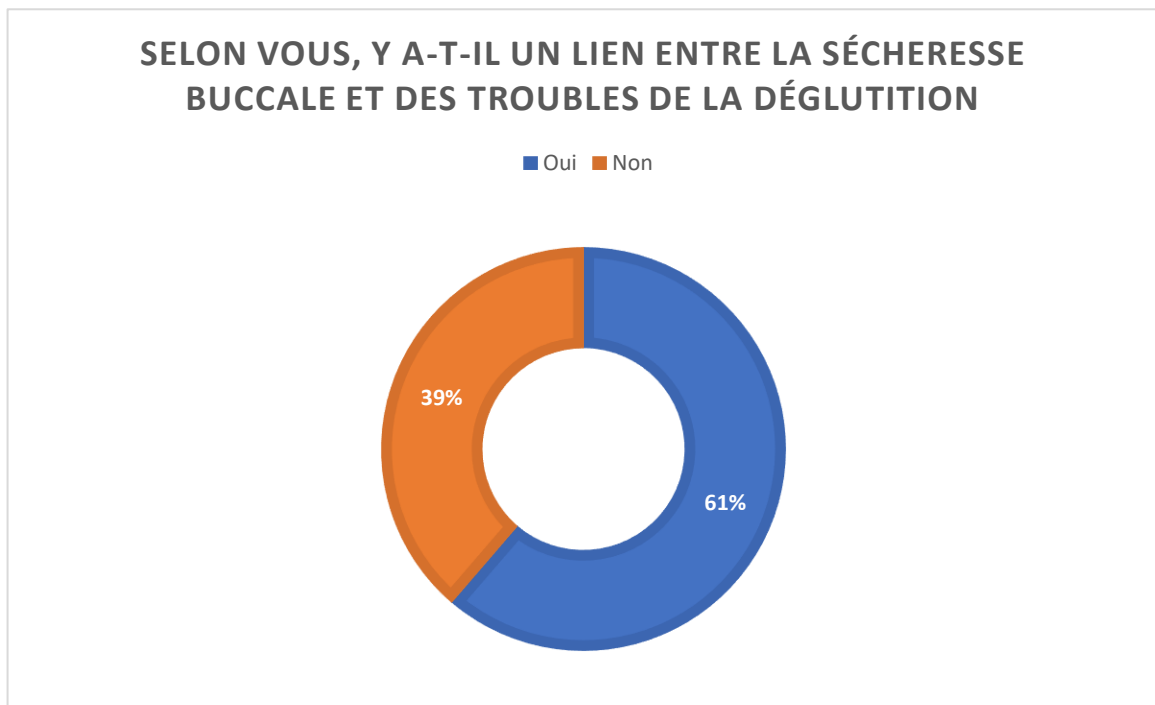
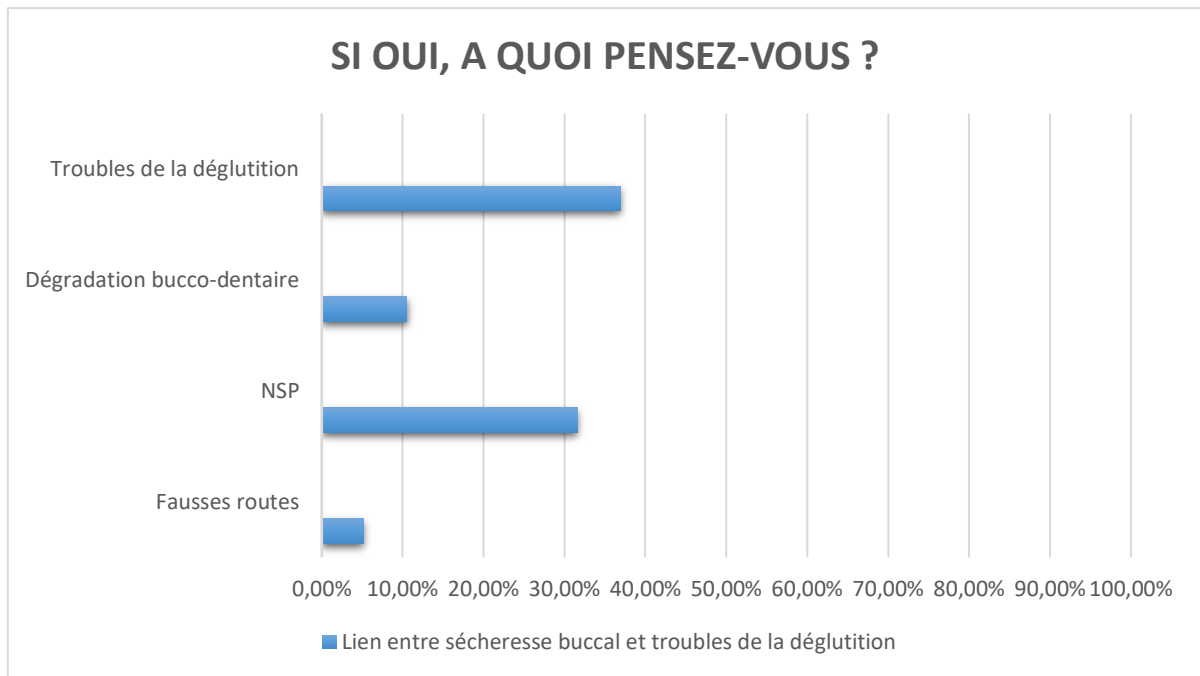


Figure 9 : Constat d'un lien entre la sécheresse buccale et les troubles de la déglutition.

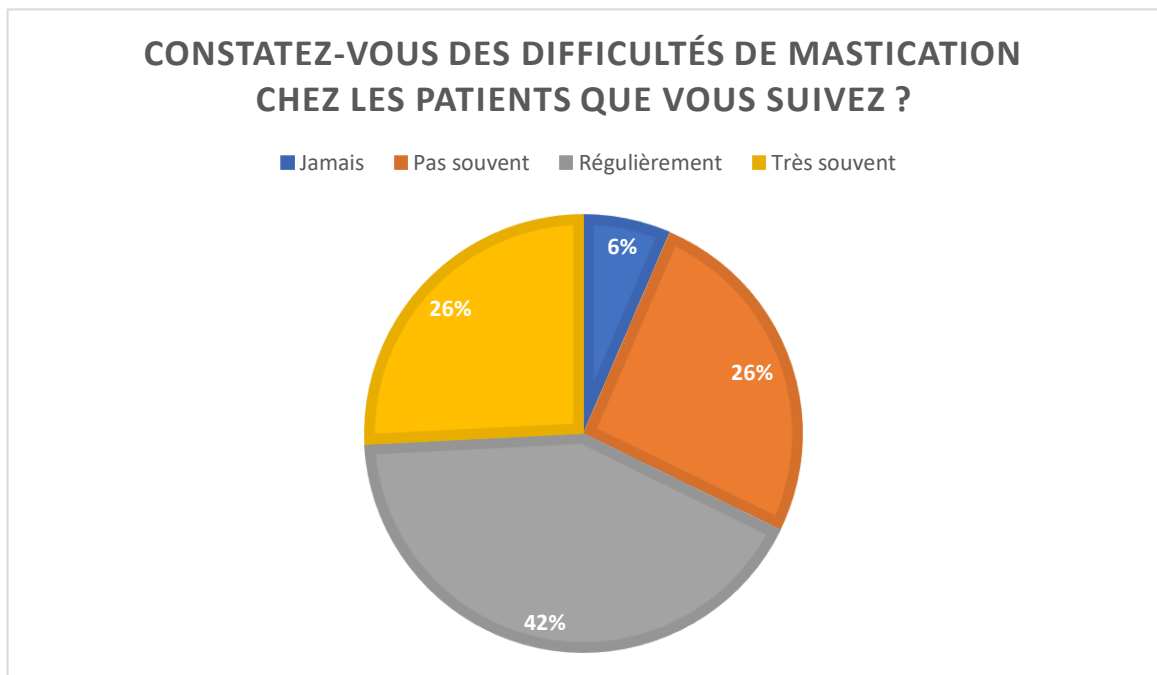
La figure 9 permet de mettre en évidence que 61 % du personnel soignant observent un lien entre la sécheresse buccale et les troubles de la déglutition. Cependant, 39 % de l'équipe soignante indiquent ne pas faire de lien entre les troubles de la salivation et les troubles de la déglutition. Cet écart significatif peut supposer un manque d'information auprès du personnel soignant.



**Figure 10** : Constat des répercussions de la sécheresse buccale des personnes âgées.

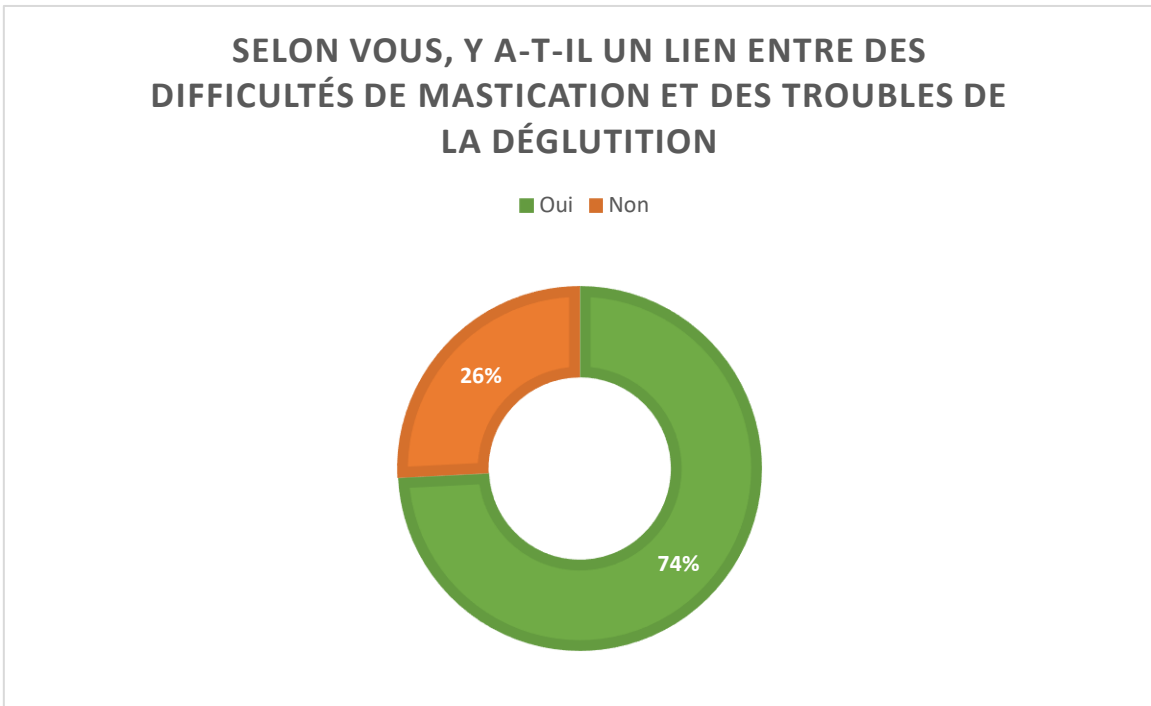
La figure 10 montre une réelle divergence dans les réponses obtenues chez les participants. En effet, 36,9 % du personnel soignant qui indiquent « oui » pour un lien existant entre la sécheresse buccale et les troubles de la déglutition, témoignent d'un constat de nombreuses fausses routes chez les personnes âgées. En revanche, 31,60 % du personnel soignant annoncent ne pas connaître les répercussions possibles d'une sécheresse buccale sur la déglutition d'un patient âgé.

### 3.2.2. Troubles de la mastication : constat/repérage et connaissances des répercussions

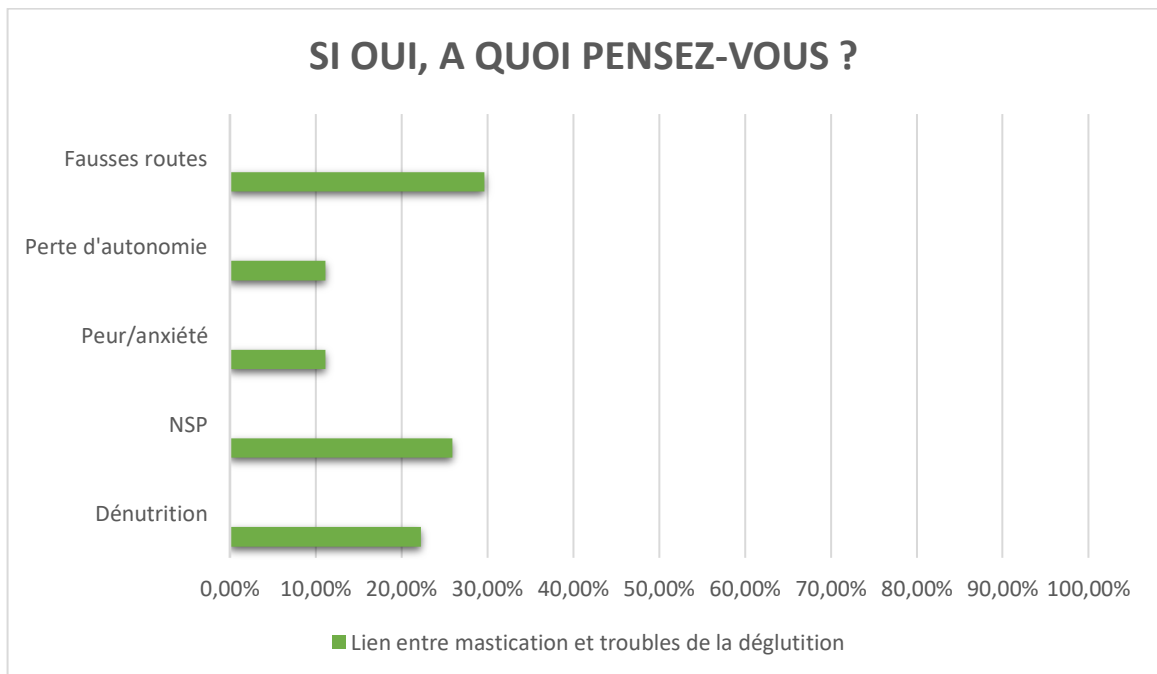


**Figure 11 :** *Constat des troubles de la mastication chez les personnes âgées.*

Le constat des difficultés de la mastication chez la personne âgée présente une certaine hétérogénéité au sein du groupe de professionnels de santé. Une grande majorité du personnel soignant estime à hauteur de 42 %, qu'ils observent régulièrement des difficultés de mastication. En revanche, les 6 % du personnel soignant indiquant « jamais » représentent la catégorie socioprofessionnelle des « ergothérapeute » et « psychologue ». En effet, ces derniers n'assistent pas aux repas administrés aux personnes âgées.



**Figure 12** : Constat d'un lien entre les troubles de la mastication chez les personnes âgées.



**Figure 13** : Connaissance des répercussions des difficultés de mastication.

La figure 12 met en exergue que 72 % de l'équipe soignante estime observer des difficultés de mastication chez les personnes âgées. Contrairement à la sécheresse buccale, la mastication est considérée comme un élément plus objectivable et observable.

La question permettant d'illustrer les résultats de la figure 13 a obtenu peu de réponses et il est peu pertinent d'analyser les données obtenues, hormis d'indiquer une méconnaissance des risques encourus face à une mastication déficitaire.

### 3.2.3. Constatation des troubles de la déglutition

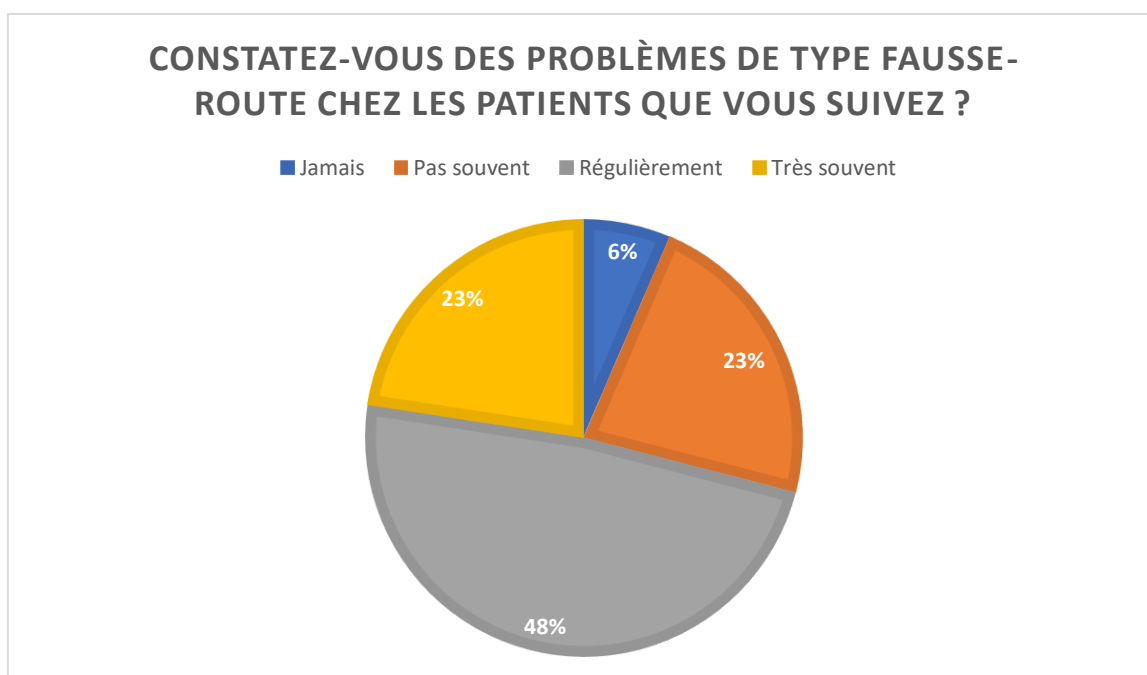
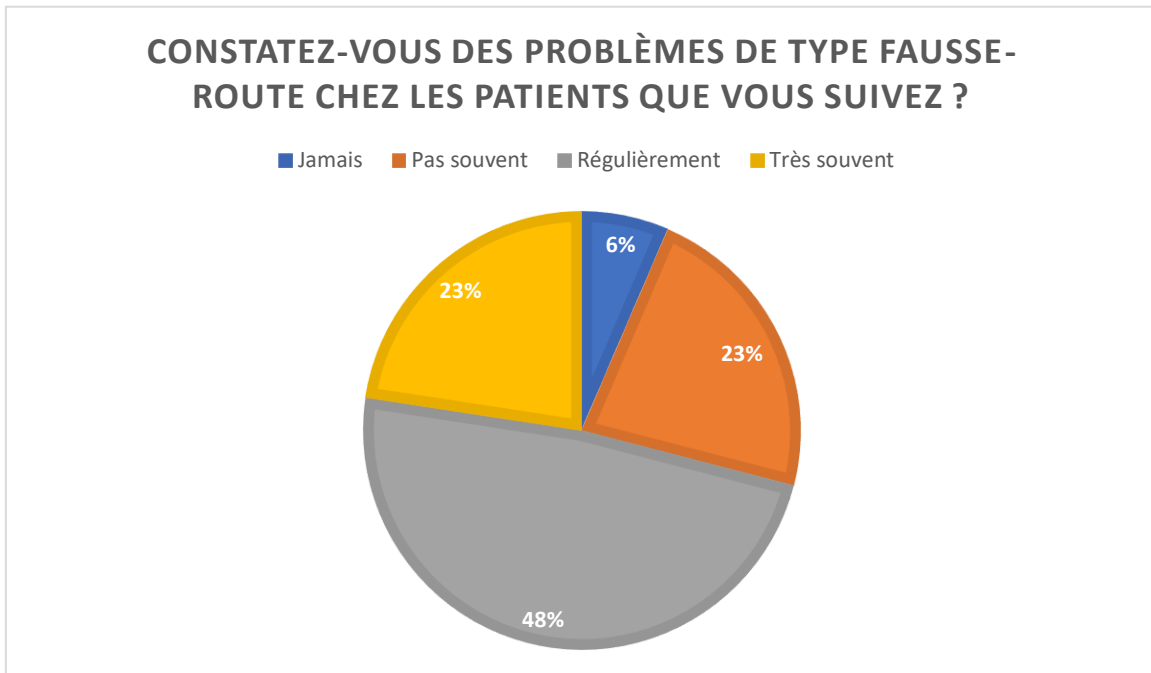


Figure 14 : Constat des problèmes de type fausse-route chez les personnes âgées.

Les troubles de type fausse-route présentent une certaine hétérogénéité au sein du groupe de professionnels. Une grande majorité du personnel soignant estime à hauteur de 48 % qu'ils observent régulièrement des difficultés de déglutition chez les patients gériatriques. En revanche, les 6 % du personnel soignant indiquant « jamais » représentent la catégorie socioprofessionnelle des « ergothérapeute » et « psychologue ». En effet, ces derniers n'assistent pas aux repas administrés aux personnes âgées.

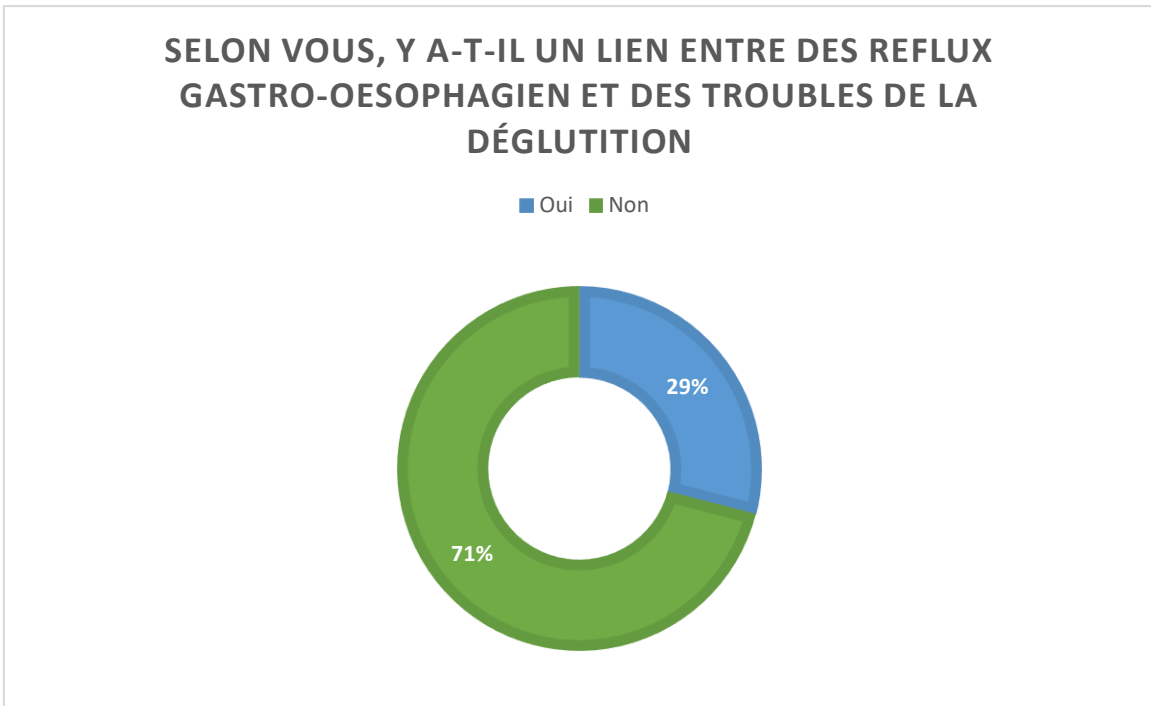
### 3.2.4. Troubles de la digestion : constat et connaissance des répercussions



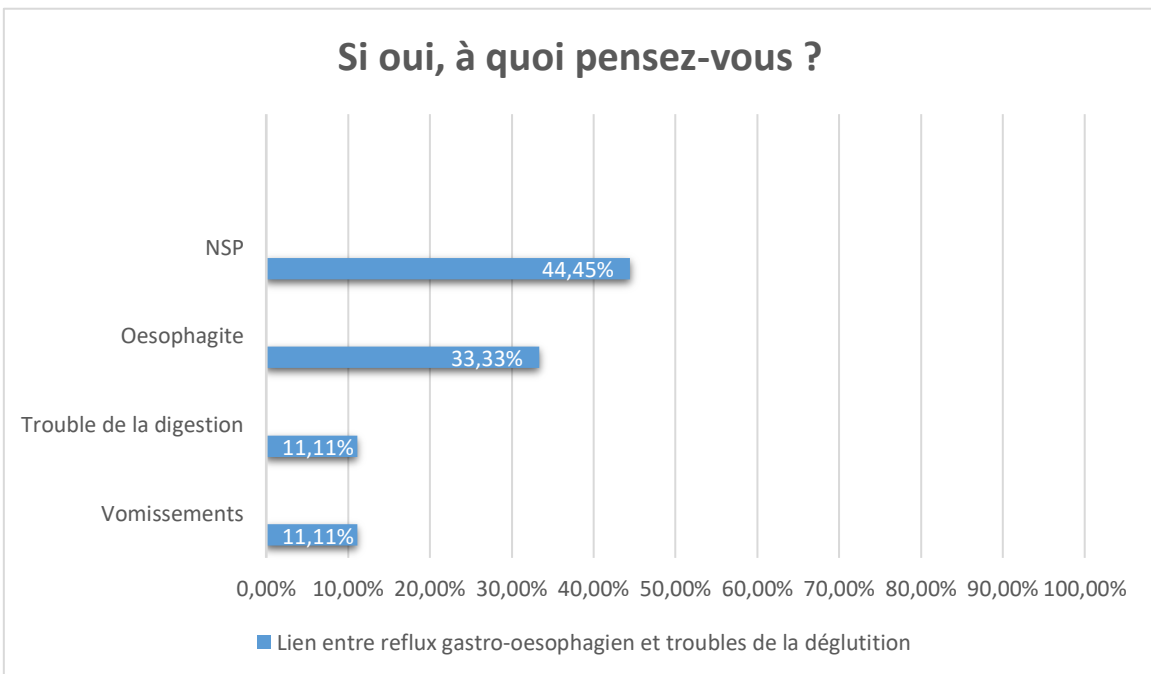
**Figure 15** : Constat des signes de reflux gastro-œsophagien chez les personnes âgées.

La figure 15 met en évidence une grande diversité concernant les réponses du personnel soignant. En effet, les avis sont divergents : 35 % (catégorie « jamais » et « pas souvent ») de l'équipe soignante estiment ne pas observer de reflux gastro-œsophagien alors que 65 % en observent.

De plus, le reflux gastro-œsophagien n'est pas observable à l'instant T (au moment des repas) et ne permet pas au personnel soignant de l'objectiver.



**Figure 16 :** Constat d'un lien entre des troubles de la digestion et des troubles de la déglutition.



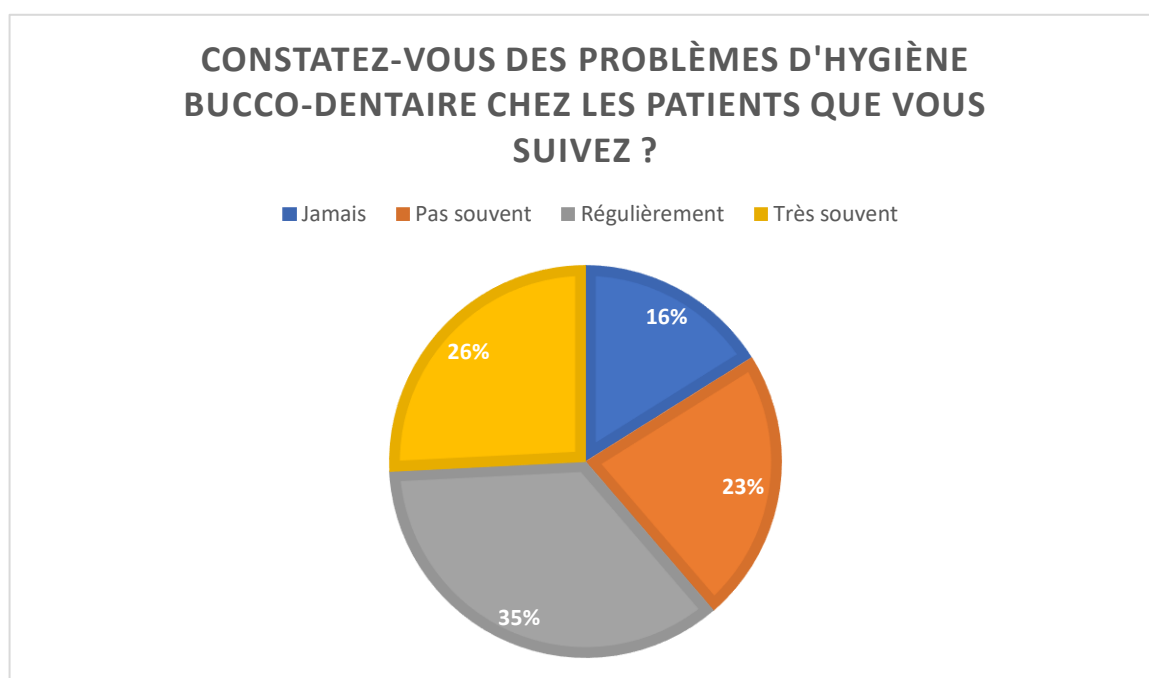
**Figure 17 :** Connaissance des répercussions des reflux gastro-œsophagiens chez les personnes âgées.



La figure 16 met en exergue une majorité de « non » sur un lien existant entre les reflux gastro-œsophagiens et les troubles de la déglutition. Comme expliqué dans le schéma précédent, cette analyse est peu objectivable pour le personnel soignant.

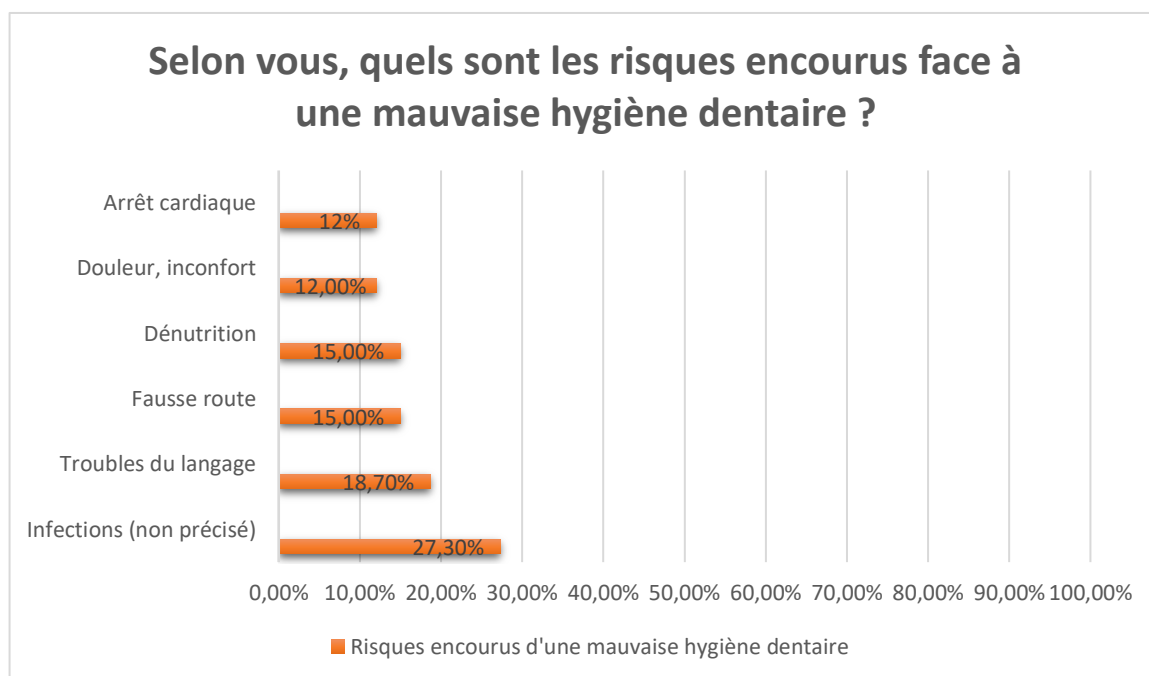
La figure 17 a obtenu peu de réponses et montre un nombre important de « non réponse/ne sait pas » de l'équipe soignante. Il s'agit d'un risque peu connu du personnel du service de gériatrie. Cette analyse permet ainsi de récolter des informations pertinentes pour la création de notre support audiovisuel. D'ores et déjà, nous pouvons émettre l'intérêt de la présence des répercussions du reflux gastro-œsophagien au sein de notre support de prévention.

### 3.2.5. Problèmes d'hygiène bucco-dentaire : constat et connaissance des répercussions



**Figure 18 :** *Constat des problèmes d'hygiène bucco-dentaire chez les personnes âgées.*

Nous pouvons observer que 61 % des participants (« très souvent » et « régulièrement ») constatent des problèmes d'hygiène bucco-dentaire chez les patients âgés. Cette grande proportion permet de mettre en évidence que la santé orale est souvent négligée chez les personnes âgées.



**Figure 19** : *Connaissance des répercussions d'une mauvaise hygiène dentaire chez les personnes âgées.*

De manière globale, les répercussions les plus citées sont les « troubles du langage » et les « infections ». Les « troubles du langage » obtiennent un score de 18,7 % et nous pouvons supposer que la plupart du personnel soignant a associé notre questionnaire logopédique à la communication, justifiant d'une méconnaissance du travail de la logopède au sein de ce service.

Les « infections » obtiennent un score important de 27,3 %, mais qui ne sont pas précisées. Ainsi, nous ne pouvons pas nous prononcer sur les différentes infections possibles d'une mauvaise hygiène bucco-dentaire (pneumopathies d'inhalation ? gingivite ? caries ?).

### 3.3. Difficultés rencontrées et recours dans l'accès aux soins

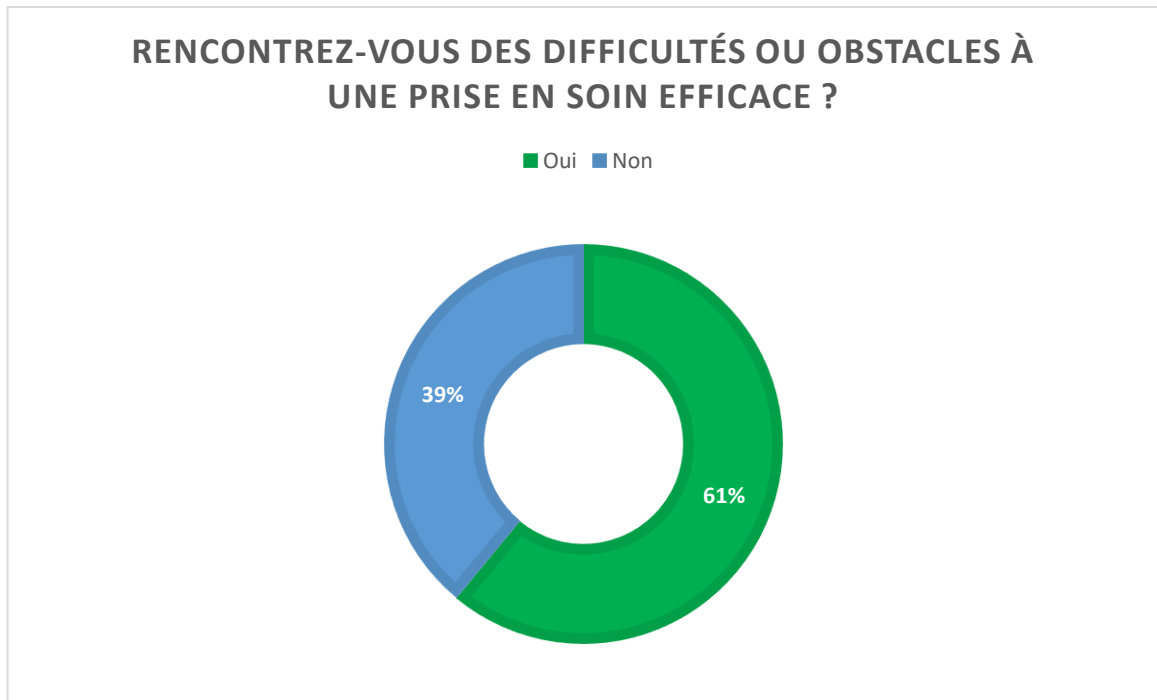


Figure 20 : Obstacles rencontrés dans la prise en soin de la santé orale des personnes âgées.

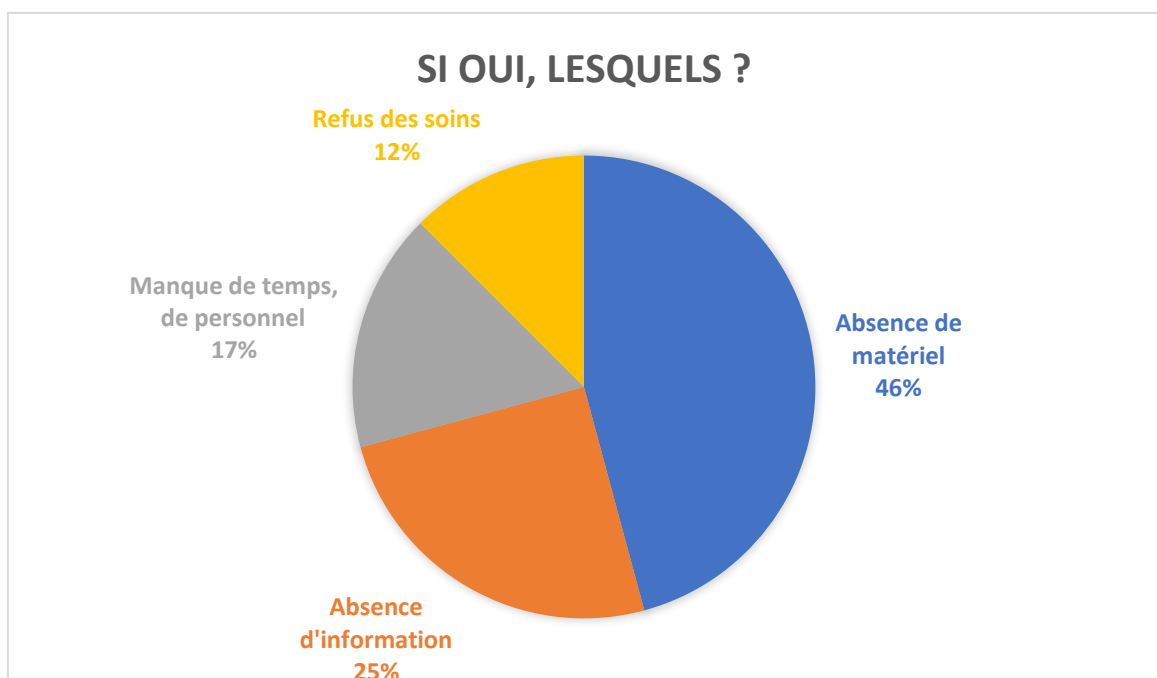


Figure 21 : Perception des difficultés d'accès aux soins de la santé orale chez la personne âgée.

La figure 20 met en exergue une proportion importante du personnel soignant qui rencontre des obstacles dans une prise en soin efficace de la santé orale chez les personnes âgées.

Ainsi, la figure 21 met en évidence les difficultés observées par l'équipe soignante dans l'accès au soin. La difficulté la plus rencontrée est l'absence de matériel pour 45,8 %, et le manque d'information concernant la santé orale.

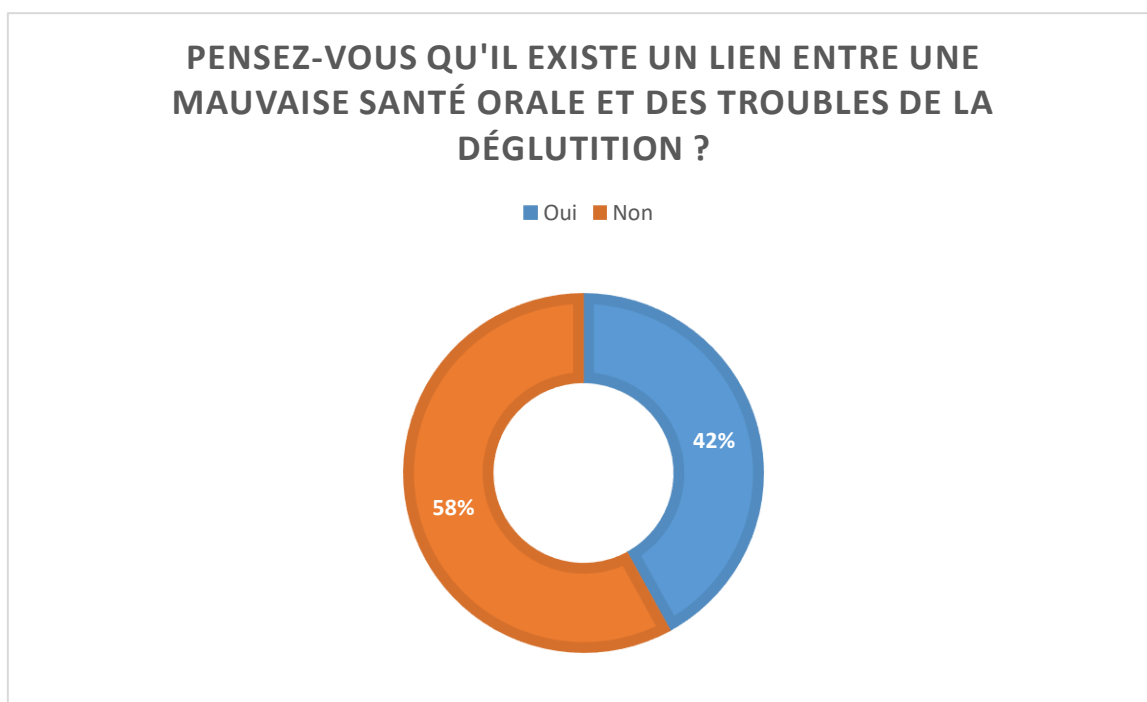
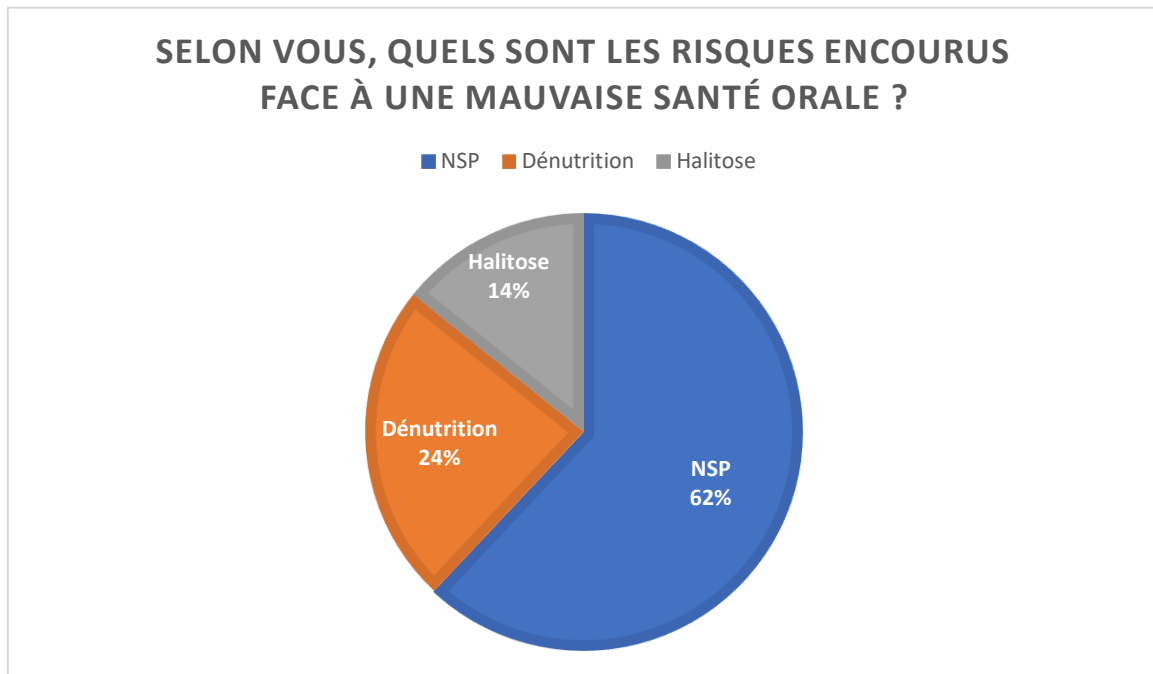


Figure 22 : Constat d'une mauvaise santé orale et des troubles de la déglutition.

La figure 22 démontre une répartition inégale des connaissances de la santé orale chez le personnel soignant. En effet, 58 % de l'équipe estiment qu'il n'existe pas de lien entre une mauvaise santé orale et des troubles de la déglutition. De plus, lorsque nous avons récupéré les questionnaires dans le service de gériatrie, nous avons été interpellées par des étudiants qui s'interrogeaient sur le terme de la « santé orale ». Nous pouvons donc supposer que le vocabulaire employé n'a pas facilité la passation du questionnaire.



**Figure 23** : *Connaissance des répercussions d'une mauvaise santé orale chez les personnes âgées*

La figure 23 met en évidence qu'une réelle proportion de l'équipe soignante (62 %) ne connaît pas les risques encourus d'une mauvaise santé orale, alors qu'elle considère que la santé orale a un réel impact sur les troubles de la déglutition. Ainsi, nous pouvons nous interroger sur le terme de la « santé orale » qui aurait pu influencer les réponses du personnel soignant.

Les différents résultats développés précédemment révèlent une certaine « faiblesse » des expériences en santé orale et de ses risques chez la personne âgée. Les informations recueillies permettent d'objectiver notre étude et de créer un support audiovisuel cohérent avec les manquements observés.

## II. Création du support audiovisuel et retours

### 1. Le support audiovisuel

#### 1.1. Thèmes abordés

Le support audiovisuel (Annexe III) a été créé grâce aux lectures scientifiques et à la rédaction de la partie théorique de ce travail de fin d'études. Il a également été construit en fonction des résultats rapportés par le premier questionnaire et des échanges sur le terrain avec les professionnels concernés.

Ainsi, nous avons défini la pertinence des informations à transmettre sous la forme de questions/réponses.

- Qu'est-ce que la déglutition ?
- Qu'est-ce que la presbyphagie ?
- Qu'est-ce que la santé orale ?
- Quelles sont les conséquences ?
- Qu'est-ce que la pneumopathie d'inhalation ?
- Comment agir ? À quelle fréquence ?

Le choix du support audiovisuel a été valorisé par le gériatre du service. Aucune brochure de prévention en santé orale ne figurait sur les présentoirs de l'hôpital seulement sur la prévention des troubles de la déglutition. Ces brochures à la disposition du personnel et des patients semblent être peu consultées. Il nous a semblé donc utile et prioritaire de créer un support spécifique innovant pour le personnel de l'hôpital du CHwapi et facilement consultable sur messagerie électronique professionnelle.

Le support audiovisuel se présente sous un format court pour permettre un visionnage pratique et rapide. Nous souhaitons cibler l'essentiel avec un maximum d'informations sous forme de « messages clés ». Les thématiques abordées prioritaires sont les suivantes : la déglutition, la presbyphagie, les mécanismes déficitaires, la santé orale, les risques de pneumopathies d'inhalation et la prise en soins pluridisciplinaire. Il était important de mettre

l'accent sur la santé orale, de l'expliquer et de donner des exemples concrets. Lors des réponses aux questionnaires, nous avons relevé certaines « fragilités » en santé orale concernant ses enjeux et les fausses idées reçues.

La méconnaissance des risques liés à la presbyphagie et l'hygiène buccale comme les pneumopathies d'inhalation nous ont permis d'approfondir notre contenu en insistant sur cette notion de « facteurs de risques » afin de sensibiliser le personnel soignant. Nous avons donc insisté sur les notions telles que la sécheresse buccale, les troubles masticatoires et le reflux gastro-œsophagien.

En effet, la sécheresse buccale chez les personnes âgées est constatée auprès du personnel soignant, mais les risques ou les prises en soins liés à ce mécanisme sont parfois sous-estimés. De plus, les troubles de la mastication induisant des répercussions en déglutition sont peu constatés. Le rappel des conduites en santé orale devrait permettre de garder une dentition la plus complète et le plus longtemps possible. Le reflux gastro-œsophagien passe souvent inaperçu et il est donc important d'en connaître les signes pour limiter les complications au niveau de l'hygiène dentaire ainsi que les risques de pneumopathies d'inhalation. Ces mécanismes sont valorisés dans le support ainsi que leurs conséquences et leurs solutions.

Enfin, nous clôturons en abordant l'hygiène bucco-dentaire et les soins de bouche comprenant les dents, les prothèses et les muqueuses. Nous insistons sur la prise en soins pluridisciplinaire, le matériel et « comment agir ».

## 1.2. Validation

Le support audiovisuel a été visionné par l'équipe de logopèdes du CHwapi ainsi que par notre promotrice, Mme Gallant, avant sa diffusion sur les messageries électroniques. Leurs retours issus de leurs expériences professionnelles nous ont permis d'adapter au mieux le support et d'apporter les modifications nécessaires pour plus de clarté et de pertinence.

### 1.3. Diffusion

Nous aurions souhaité diffuser le support préventif sur l'intranet de l'hôpital qui n'a malheureusement pas été réalisable. Nous avons donc choisi, avec l'accord de la direction, de le diffuser largement sur les messageries professionnelles du personnel soignant du service de gériatrie. Plusieurs mails ont été adressés aux cadres responsables du service, ainsi qu'à la coordinatrice du service paramédical.

## 2. Deuxième questionnaire dit « de satisfaction »

Le deuxième questionnaire (Annexe IV) est disponible à l'aide d'un QR code apparaissant à la fin du support audiovisuel. Dans le but d'obtenir des retours sur le support, le questionnaire se présente sous la forme d'un « Google Forms » (Annexe V) et comprend des questions fermées, à choix multiples et une question ouverte.

- Avez-vous visionné la vidéo "Presbyphagie & santé orale" ?

Oui

Non

- Avez-vous répondu au premier questionnaire "Presbyphagie et impact de la santé buccale" ?

Oui

Non

- Qu'avez-vous pensé du support proposé ?

Peu intéressant      1      2      3      4      5      Très intéressant



- Auriez-vous préféré un autre support préventif ?

Oui

Non

- Trouvez-vous le sujet pertinent au sein de votre service ?

Peu intéressant      1      2      3      4      5      Très intéressant

- Avez-vous des remarques à nous partager ?

Le questionnaire se clôture avec une question ouverte invitant le professionnel de santé à faire part de ses remarques.

### 3. Résultats du questionnaire de satisfaction

Une première question était obligatoire et clôturait le questionnaire si la réponse était négative. Ainsi, la question « Avez-vous visionné la vidéo : presbyphagie et santé orale ? » permettait d'éviter des retours non souhaités.

Nous avons eu peu de participants comparés au premier questionnaire distribué. L'effectif s'élève à 23 répondants. Il est à noter que de nombreux autres retours ont été communiqués à l'oral, mais ces derniers ne sont pas pris en compte dans notre analyse quantitative.

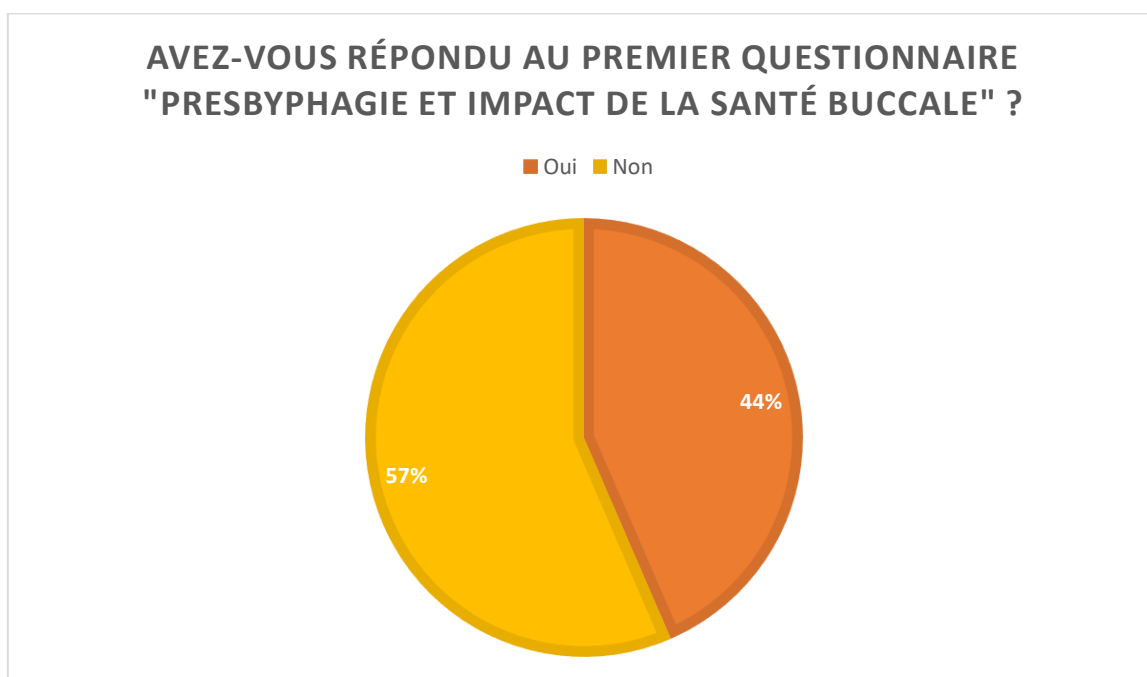


Figure 24 : Participation au premier questionnaire.

Nous pouvons constater que 57 % des participants du second questionnaire n'ont pas participé au premier questionnaire établi au mois de mars 2022. Cette différence peut s'expliquer par les fins de stage concernant les étudiants infirmiers ou encore le changement de personnel qui s'effectue quotidiennement.

Toutefois, nous obtenons 44 % de participants qui ont pu répondre au premier questionnaire ainsi qu'à l'étude complète de notre analyse.

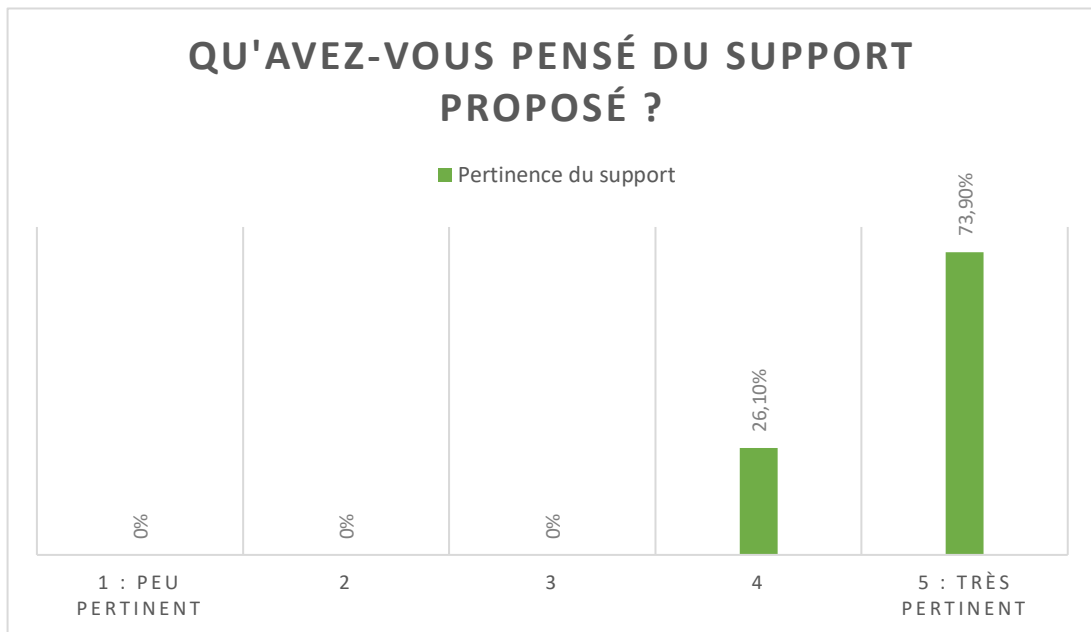


Figure 25 : Estime de l'utilité du support audiovisuel.

Cette question proposait des réponses présentées sous forme d'échelle linéaire allant de 1 à 5 et représentant les choix « peu pertinent » à « très pertinent ». Nous observons que, de manière générale, les personnes interrogées ont trouvé le support audiovisuel « plutôt pertinent » voire « très pertinent » pour la majorité. Ainsi, l'analyse de cette question conforte notre choix sur le type de support préventif choisi.

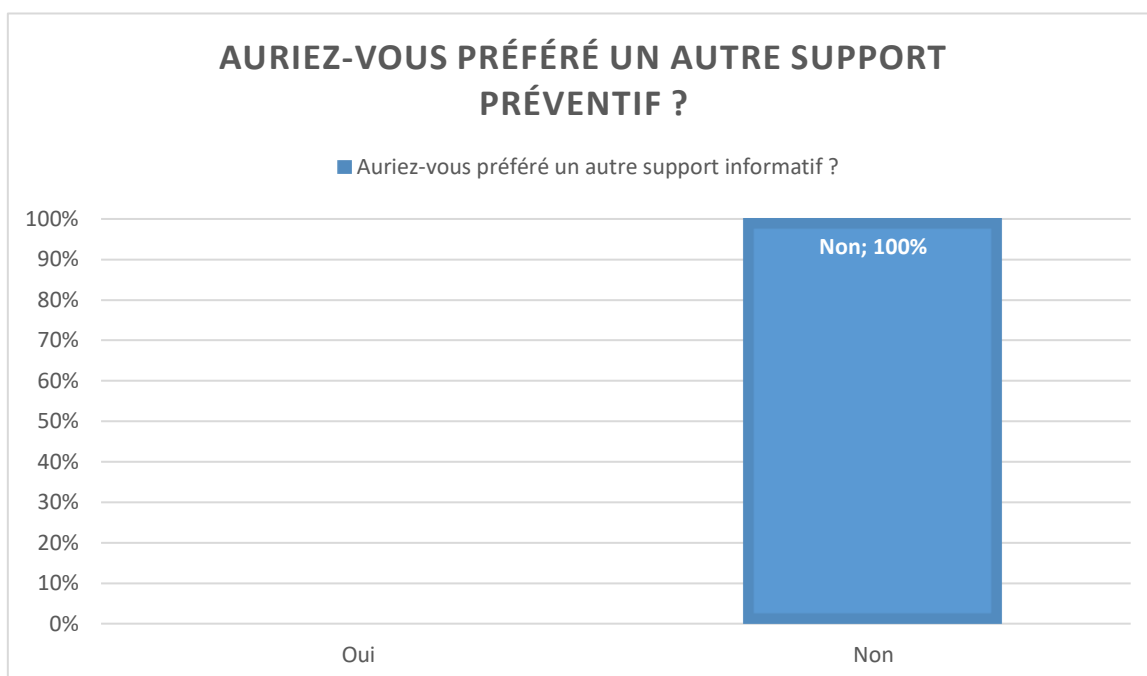
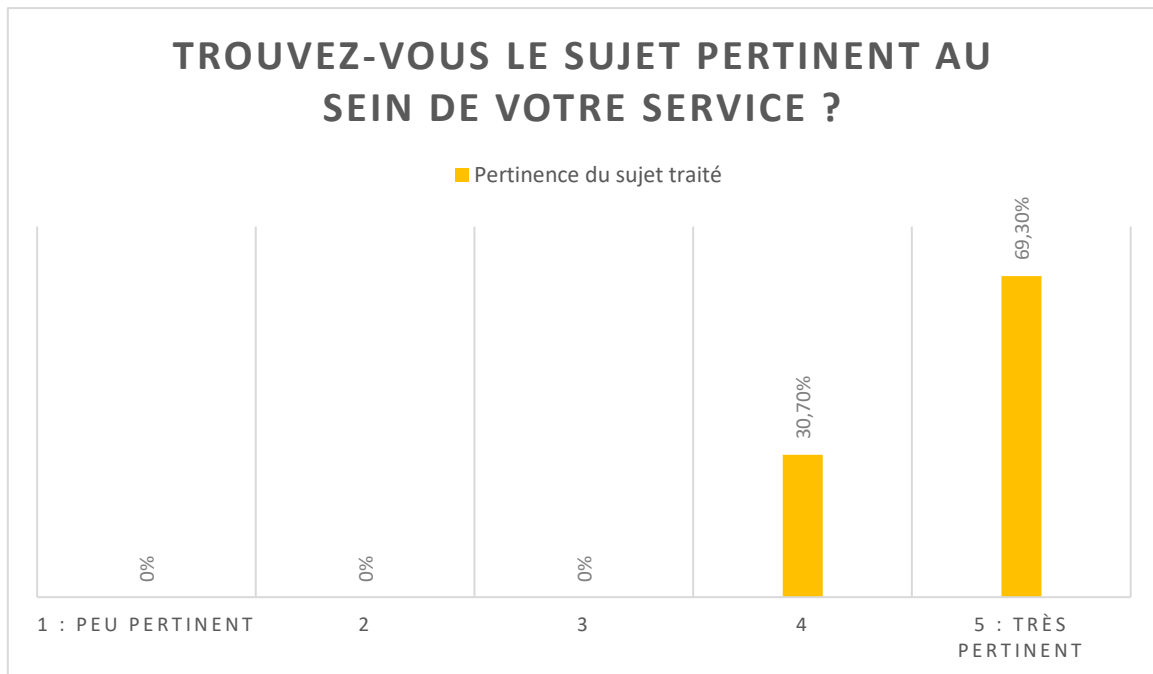


Figure 26 : *Préférence du support préventif.*

La totalité des participants a répondu « non » dans le choix d'un autre support préventif. Ainsi, nous obtenons 100 % du personnel soignant qui ont considéré que le support audiovisuel était une bonne alternative aux brochures.

Cette analyse permet de conforter notre choix du support et est en adéquation avec les attentes du service de gériatrie.



**Figure 27 : Pertinence du sujet traité.**

La figure 27 permet de statuer sur la pertinence du sujet traité et d'approuver l'intérêt de notre étude. En effet, 30,7 % (soit 7 personnes) des participants ont rapporté que le sujet était « pertinent » et 69,3 % (soit 16 personnes) ont trouvé le sujet « très pertinent ».

Enfin, à la dernière question « Avez-vous des remarques à nous partager ? » nous avons obtenu plusieurs réponses :

- « Limiter les abréviations » (3)
- « Proposer la vidéo à l'entourage du patient » (1)
- « Quid des refus de soin de la part du patient » (4)
- « Proposer des formations à l'équipe » (1)

De plus, il semble nécessaire d'évoquer les retours qui n'apparaissent pas forcément dans les réponses aux questionnaires, ceux qui sont faits par mail ou à l'oral. Le médecin gériatre a indiqué apprécier notre travail qui contient des illustrations exactes et compréhensibles. Son commentaire vient s'ajouter aux nombreuses remarques positives et encourageantes des chefs de service ainsi que celui de la directrice chargée des paramédicaux.

En outre, il nous a été rapporté que le simple fait de transmettre le questionnaire a permis au personnel soignant de se questionner sur les causes des différents

dysfonctionnements de la santé orale, d'échanger sur les pratiques entre professionnels, sur les méthodes, le contexte et les impacts. Ces retours soulignent l'influence du support de prévention sur la mise en place d'un dialogue interprofessionnel qui est essentiel et au cœur des objectifs de cette étude.

## 4. Méthodes d'analyse

Les réponses aux deux questionnaires sont majoritairement qualitatives, elles concernent des questions à choix multiples, fermées ou ouvertes. Les seules réponses quantitatives sont présentes dans le premier questionnaire (Annexe II) et concernent la fréquence des soins de bouche pour le brossage des dents ou des prothèses :

- Que faites-vous déjà pour prendre soin de la santé orale des patients ? À quelle fréquence ?

Une lecture attentive de l'ensemble des deux questionnaires a permis de dégager des tendances et de se faire une idée globale des termes les plus employés, des éléments récurrents, et de dégager les messages clés. Afin de structurer les réponses, nous avons priorisé les questions fermées et à choix multiples. Peu de questions ouvertes ont été intégrées pour ne pas générer une perte de temps, néanmoins certaines ont permis de structurer et compléter des informations.

### III. DISCUSSION

#### 1. Limites et biais

- **Limites du questionnaire**

Premièrement, notre étude est limitée par le choix de poser une majorité de questions ouvertes. Comme nous l'avons vu dans la description de la méthode, cette analyse ne permet pas de réaliser un traitement statistique des données. Ainsi, pour que l'on puisse dégager des tendances, nous devons procéder à un regroupement en sous-thèmes. De cette manière, nous passons forcément par une interprétation, mais aussi par une limitation de la variabilité des réponses. Cette limitation restreint l'observation de potentiels progrès dans la précision des termes employés. Par exemple, pour les conséquences d'un mauvais état bucco-dentaire, certains diront « grosse infection » et d'autres diront « septicémie », et ces deux réponses seront regroupées sous le thème d'« infection ». Ainsi, certaines conséquences sont évoquées de manière plus précise et spécifique que d'autres. Il est d'ailleurs difficile de savoir s'il s'agit d'un manque de précision dans les connaissances, d'un manque de temps ou d'implication. En tout cas, cette nuance n'apparaît pas dans l'étude et cette méthode d'analyse ne permet donc pas de faire de différence dans la précision des termes évoqués. Par conséquent, nous nous attachons surtout à analyser la pertinence des facteurs, acteurs, conséquences invoquées sans prendre en compte la terminologie exacte.

- **Limites du support audiovisuel**

Concernant l'analyse de l'impact de la vidéo, nous rencontrons des limites dans sa distribution. La difficulté rencontrée est le contrôle de la transmission au sein du service de gériatrie. En effet, une fois la vidéo envoyée à l'interlocuteur privilégié (chef de service), les conditions et modalités de distribution nous échappent.

- **Limites dans l'interprétation des résultats**

Nous pouvons considérer d'autres facteurs en mesure d'influer l'amélioration des connaissances en santé orale lors du deuxième questionnaire. En premier lieu, la motivation des participants est susceptible d'altérer la qualité des réponses fournies. En effet, étant

donné que nous cherchons à observer l'impact global sur une cohorte, les réponses provenant du même service qui ont été étudiées pour l'analyse de la pertinence du support ne sont pas forcément les mêmes professionnels qui ont été sollicités au sein du service. En raison des retours sur le terrain, nous pouvons présumer que la proportion de personnes ayant visionné le support audiovisuel est supérieure au nombre de répondants du deuxième questionnaire.

## 2. Perspectives

Si les résultats obtenus vont dans le sens de notre travail de fin d'études, notamment avec la distribution d'un support audiovisuel qui semble influencer sur la sensibilisation en santé orale, certaines améliorations pourraient lui être apportées pour potentiellement augmenter son impact. Dans l'avenir, il pourrait être intéressant de faire évoluer le support en tenant compte des suggestions d'amélioration qui nous ont été faites par les testeurs et les participants à l'étude, recueillies dans une section spécifique ajoutée à la fin du second questionnaire. Dans ces réponses, il nous a été demandé de proposer également un support aux familles des patients ou encore de limiter les abréviations. De plus, nous pouvons remarquer que dans les réponses aux questionnaires, le « refus des soins » de la part des patients apparaît vraiment comme un obstacle à la prise en charge et que peu d'éléments permettent de répondre à cette problématique. Nous pourrions ainsi développer les pistes de remédiation au refus des patients. Par ailleurs, une suggestion du chef de service au deuxième questionnaire était d'organiser des formations au sein du service pour expliquer en détail les notions abordées. Cette proposition rappelle l'intérêt du développement de formations pluridisciplinaires au sein du milieu hospitalier qui pourrait permettre en effet de développer certains points et de s'assurer de la bonne transmission du message.

D'autre part, en nous basant sur les observations de cette étude, nous observons que la notion de santé orale reste pour l'équipe soignante du service de gériatrie peu connue et n'est pas prise en compte dans sa dimension globale et laisse un large champ de possibilités à la poursuite de nombreuses recherches, notamment sur une échelle de temps plus long et sur des thématiques diverses. En effet, si cette étude a pour objectif d'améliorer les connaissances en santé orale, elle ne permet pas de voir l'impact immédiat du support audiovisuel dans la



pratique mais plutôt sur du long terme. Ces travaux ont permis de recueillir la perception d'un nombre de soignants aux professions variées sur la santé orale des personnes âgées hospitalisées pour des raisons diverses et donc d'obtenir des résultats plutôt représentatifs de la situation globale. Néanmoins, le fait de se concentrer sur un axe, de recueillir des données quantitatives, notamment avec des questions fermées et de maîtriser d'autres facteurs d'influence permettrait d'approfondir chacun des aspects explorés.

## CONCLUSION

Cette étude s'inscrit dans un projet de prévention visant à améliorer la prise en soins orale de la personne âgée hospitalisée, qui rencontre de nombreux obstacles. Si le besoin en santé orale est majeur dans cette population, le manque d'information du personnel soignant et aidant fait que ce besoin a tendance à être ignoré. De ce fait, les pathologies peuvent s'aggraver et avoir un impact significatif sur la qualité de vie et la santé en général, d'où la nécessité d'une perception globale de la santé orale et de ses enjeux. Plusieurs solutions existent et se développent de plus en plus notamment sur les aspects bucco-dentaires.

Comme nous avons pu le voir précédemment, l'acte concernant l'hygiène bucco-dentaire n'est pas répertorié dans nos fonctions et attributions. Cependant, la prévention qui est une compétence inhérente à la profession de logopède se doit d'être réalisée afin de mener au mieux les suivis thérapeutiques des patients.

Ce travail propose donc une vision pluridisciplinaire des recours utiles, notamment par l'étude de l'intérêt d'un partenariat entre les aidants et soignants du quotidien et les professionnels de la santé orale. Ainsi, nous nous sommes demandé si la distribution d'un support audiovisuel de prévention au sein du service de gériatrie pouvait être un facteur d'amélioration de la sensibilisation en santé orale. Un questionnaire a été créé afin de faire un état des lieux des connaissances en fonction des différents agents comparés. Il a été diffusé une première fois dans le service de gériatrie, afin d'étudier cet impact. Un support audiovisuel préventif a été créé en fonction des besoins recueillis et distribué dans le service de gériatrie. Ensuite, un questionnaire dit de satisfaction a été proposé afin de mesurer l'impact de l'influence du support de prévention. L'analyse qualitative des réponses au premier questionnaire met en exergue les connaissances en santé orale au sein du service de gériatrie et a ainsi permis de créer le support audiovisuel de prévention. En somme, cette étude des facteurs de sensibilisation en santé orale permet de souligner l'apport du travail préventif dans l'information et il pourra être intéressant d'en étudier l'intérêt et le transfert dans la pratique.

## Bibliographie

- Abela, M., & Ledoux, C. (2015). *La Dysphagie à domicile : prévention orthophonique: Former les formateurs à la prévention de la dysphagie auprès des aides à domicile*. Éditions universitaires européennes.
- Allepaerts, S., Delcourt, S., & Petermans, J. (2008). Les troubles de la déglutition du sujet âgé : un problème trop souvent sous-estimé. *Revue médicale de Liège*, 63, pp. 715 -721.
- Allepaerts, S., Delcourt, S., & Petermans, J. (2014). Personnes âgées et troubles de la déglutition : approche pluridisciplinaire. *Revue médicale de Liège*, 69 (5-6), pp. 349-356.
- Arpin, S. (2008). Promouvoir la santé bucco-dentaire. *L'Institut national de prévention*.
- Auzou, P. (2007). Anatomie et physiologie de la déglutition normale. *Kinésithérapie, la Revue*, 7, pp. 14-18.
- Belmin, J., Chassagne, P., & Friocourt, P. (2018). *Gériatrie : pour le praticien*. Elsevier-Masson.
- Bernard, M. (2016). *Soins d'hygiène bucco-dentaire aux personnes âgées dépendantes*. Editions Lamarre.
- Bert, E., & Bodineau-Mobarak, A. (2010). Importance de l'état bucco-dentaire dans l'alimentation des personnes âgées. *Gérontologie et société*, 33 (134), pp. 73-86.
- Bleeckx, D. (2001). *Dysphagie : évaluation et rééducation des troubles de la déglutition*. De Boeck Université.

- Bleeckx, D. (2012). Déglutition, Evaluation, Rééducation. *EMC kinésithérapie - Médecine physique Réadaptation*, 8 (1), pp. 1-9.
- Bodineau, A., Boutelier, C., Viala, P., Laze, D., Desmarest, M., Jonneaux, L., & al. (2007). Importance de l'hygiène buccodentaire en gériatrie. *NPG Neurologie - Psychiatrie - Gériatrie*, 7(40), pp. 7-14.
- Bodineau-Mobarak, A., & Bert, E. (2010). Importance de l'état bucco-dentaire dans l'alimentation des personnes âgées. *Gérontologie et société*, 33(134), p. 254.
- Brasnu, D., Ayache, D., Hans, S., & Hartl, D. (2008). *Traité d'ORL*. Médecine Sciences Flammarion.
- Brin, F., Courrier, C., Lederlé, E., & Masy, V. (2014). *Dictionnaire d'orthophonie*. Ortho Editions.
- Campisi, J., Kapahi, P., Lithgow, G., Melov, S., Newman, J., & Verdin, E. (2019). From discoveries in ageing research to therapeutics for healthy ageing. *Nature*, 571(7764), pp. 183-192.
- Chalmers, J. (2005). The Oral Health Assessment Tool — Validity and reliability.
- Chatellier, D., Chauvet, S., & Robert, R. (2009, Avril 15). Pneumopathies d'inhalation. *Réanimation*, 18, pp. 328-333.
- Chevillot-Sauger, A. (2018). *La presbyphagie : les troubles de la déglutition chez la personne âgée*. Héricy: Edition du Puits Fleuri.
- Chung, J. (2000). Dental care of elderly in nursing homes: perceptions of managers, nurses, and physicians. *Special care in dentistry*, pp. 12-17.

- CNEG : Collège national des enseignants de gériatrie. (2008-2009). Vieillesse. *Poly-gériatrie*, 272. Paris: Masson.
- Coleman, P. (2002). Improving oral health care for the frail elderly: A review of widespread problems and best practices. *Geriatric nursing*.
- Cot, F. (1996). *La dysphagie oro-pharyngée chez l'adulte*. Paris: Maloine.
- Crevier-Buchmann, L., Borel, S., & Brasnu, D. (2007). *Physiologie de la déglutition normale*. Paris: Elsevier-Masson.
- Crevier-Buchmann, L., Tessier, C., & Brihaye, S. (2003). *La déglutition après chirurgie partielle du larynx*. Marseille: Solal.
- De Lima Alvarenga, E., Abrahão, M., Dall'Oglio, G., & Haddad, L. (2018). Évaluation endoscopique fonctionnelle de la déglutition (FEES) et de sa corrélation avec l'indice de masse corporelle (IMC) chez les personnes âgées. *Otolaryngol*, 8(339). doi:10.4172/2161-119X.1000339
- Ducrotté, P., & Chaput, U. (2005). Physiopathologie du reflux gastro-oesophagien. *EMC - Hépatogastroentérologie*, 2(4), pp. 362-369. doi:doi:10.1016/j.emchg.2005.09.001
- Ducrotté, P., & Riachi, G. (1996). Reflux gastro-oesophagien, physiopathologie, diagnostic, évolution et traitement. *La revue du praticien*, pp. 7-761.
- Folliguet, M. (2006). *Prévention bucco-dentaire chez les personnes âgées*. Paris: Direction générale de la santé.

- Fontijn-Tekamp, F., & al. (1996). The state of dentition in relation to nutrition in elderly Europeans in the SENECA study of 1993. *European Journal of Clinical Nutrition*, 50(2), pp. 117-122.
- Fried, L., Ferrucci, L., Darer, J., Williamson, J., & Anderson, G. (2004). Untangling the Concepts of Disability, Frailty, and Comorbidity : Implications for Improved Targeting and Care. *The Journals of Gerontology Series A : Biological Sciences and Medical Sciences*, 59(3), pp. 255-263.
- Fried, L., Tangen, C., Walston, J., Newman, A., Hirsch, C., Gottdiener, J., . . . Mcburnie, M. (2001). Frailty in Older Adults : Evidence for a Phenotype. *The Journals of Gerontology Series 1 : Biological Sciences and Medical Sciences*, 56(3), pp. 146-157.
- Garzaniti, N. (2017). Les pneumopathies d'inhalation. *Convention gériatrique, Centre culturel d'Amay*, (pp. 1-11).
- Ghezzi, A., & Zaffaroni, M. (2000). The prognostic value of age, gender, pregnancy and endocrine factors in multiple sclerosis. *Neurological sciences : official journal of the Italian Neurological Society and of the Italian Society of Clinical Neurophysiology*, 21(4), pp. 857-860.
- Hendrix, T. (1993). Art and science of history taking in the patient with difficulty swallowing. *Dysphagia*, 8(2), pp. 69-73.
- Hennequin, M. (2015). *Troubles alimentation pratiques*. Récupéré sur Réseau Lucioles: <https://www.reseau-lucioles.org/wp-content/uploads/2015/09/Troubles-alimentation-pratiques.pdf>

- Hescot, P., & Moutarde, A. (2010). *Améliorer l'accès à la santé buccodentaire des personnes handicapées*. Paris: Ministère du travail, des relations sociales, de la famille, de la solidarité et de la ville.
- Jahnke, V. (1991). Dysphagia in the elderly. *Swallowing disorders*, 39(11), pp. 442-444.
- Lacoste-ferré, M. (2017, Juillet). Récupéré sur Année gérontologique: <http://annee-gerontologique.com/wp-content/uploads/2017/07/Fascicule-Bucco-dentaire.pdf>
- Lacoste-Ferré, M., Hermabessière, S., Jézéquel, F., & Rolland, Y. (2013). L'écosystème buccal chez le patient âgé. *Gériatrie et Psychologie Neuropsychiatrie du Vieillissement*, 11(2), pp. 144-150.
- Lamy, M. (2014). La santé bucco-dentaire des personnes âgées. *Revue médicale de Liège*, pp. 357-360.
- Lee, M., J.U., K., Oh, D., Park, J., & Lee, K. (2018). Oropharyngeal swallowing function in patients with presbyphagia. *Journal of physical therapy science*, 30(11), pp. 1357-1358.
- Mancopes, R., Ghandi, P., Smaoui, S., & C.M, S. (2021, Janvier 19). Which physiological swallowing parameters change with healthy aging ? *OMB Geriatrics*, 5(1). doi:10.21926/obm.geriater.2101153
- Marik, P., & Kaplan, D. (2003). Aspiration pneumonia and dysphagia in the elderly. *Chest*, 124(1), pp. 328–336.
- Matear, D., & Gudofsky, J. (1999). Aspects pratiques de la prestation des soins en dentisterie gériatrique. *Journal de l'association dentaire canadienne*, 65(5), pp. 289-291.

- Mcfarland, D. (2016). *L'anatomie en orthophonie : parole, déglutition, audition*. Elsevier-Masson.
- Mulheren, R., Azola, A., Kwiatkowski, S., & al. (2018). Swallowing Changes in Community-Dwelling Older Adults. *Dysphagia*, 33(6), pp. 848-856.
- Ney, D., Weiss, J., Kind, A., & Robbins, J. (2009, Juin). Senescent Swallowing : Impact, Strategies, and Interventions. *Nutrition in Clinical Practice*, 24, pp. 395-413.
- O'Caoimh, R., Gao, Y., Svendroski, A., Healy, E., O'Connell, E., O'Keeffe, G., & al. (2014). Screening for markers of frailty and perceived risk of adverse outcomes using the Risk Instrument for Screening in the Community (RISC). *BMC Geriatrics*, 14(1), p. 104.
- Petersen, P. (2010). *Santé bucco-dentaire mondiale des personnes âgées - appel à une action de santé publique*. OMS.
- Ptok, M., Bonenberger, S., Miller, S., Kühn, D., & Jungheim, M. (2014). Der laryngeale Adduktionsreflex [Réflexe d'adduction laryngée]. *Laryngo-rhino-otologie*, 93(7), pp. 446-449. doi:<https://doi.org/10.1055/s-0034-1370928>
- Puisieux, F., Andrea, C., & al. (2009, Juin). Troubles de la déglutition du sujet âgé en 14 questions/réponses. *Revue des maladies respiratoires*, 26(6), pp. 587-605.
- Riesen, M., Chung, J., Pazos, E., & Budtz-Jorgensen, E. (2002). Interventions bucco-dentaires chez les personnes âgées. *Médecine et Hygiène*, 60, pp. 2178-2188.
- Rockwood, K., Stadnyk, K., Mac Knight, C., & al. (1999). A brief clinical instrument to classify frailty in elderly people. *Lancet*, 353, pp. 205-206.



- Rofidal, T. (2011). Soins de la vie quotidienne dans le traitement du reflux gastro-œsophagien et prévention des fausses routes par régurgitation. *Motricité cérébrale*, 32, pp. 21-24.
- Ruglio, V. (2017). Dysphagies neurogériatriques, oralités et presbyphagie. *Rééducation orthophonique*, 271, pp. 359 -383.
- Séguier, S., Bodineau, A., Giacobbi, A., Tavernier, J., & Folliguet, M. (2009). *Pathologies bucco-dentaires du sujet âgé : répercussions sur la nutrition et la qualité de vie*. Commission de santé publique.
- Senez, C. (2015). *Rééducation des troubles de l'alimentation et de la déglutition*. Paris: De Boeck - Solal.
- Thiébaud, S., Lupi-Pégurier, L., Paraponaris, A., & Ventelou, B. (2008). Comparaison du recours à un chirurgien-dentiste entre les personnes âgées institutionnalisées et celles vivant à domicile. *Bulletin épidémiologique hebdomadaire*, 7, pp. 60-64.
- Vandermeiren, G., Chevalier, P., Chaspierre, A., Christiaens, L., Couneson, B., & al. (2017). *Les troubles de la déglutition chez la personne âgée : physiologie, pathologie et prise en charge*. Récupéré sur <https://farmaka.cbip.be/fr/formulrinfo>
- Vellas, B. (2013). Fragilité des personnes âgées et prévention de la dépendance. *Bulletin de l'Académie Nationale de Médecine*, 197, pp. 1009-1019.
- Vermeulen, J., Neyens, J., Van Rossum, E., Spreeuwenberg, M., & De Witte, L. (2011). Predicting ADL Disability in community-dwelling elderly people using physical frailty indication : A systematic reviews. *BMC Geriatrics*, 11(1), p. 33.

Veyrune, J., Lassauzay, C., Peyron, M., & Hennequin, M. (2004). Effets du vieillissement sur les structures et les fonctions orales. *La Revue de Gériatrie*, 29, pp. 51-78.

Woisard, V., & Puech, M. (2011). *La réhabilitation de la déglutition chez l'adulte* . Marseille: Solal.

## **LISTE DES TABLEAUX :**

Tableau 1 : Récapitulatif des signes, facteurs, enjeux et prise en soins de la sécheresse buccale.

Tableau 2 : Récapitulatif des signes, facteurs, enjeux et prise en soins du reflux gastro-œsophagien.

## **LISTE DES ILLUSTRATIONS :**

Image 1 : Photographie illustrant la xérostomie à droite.

Image 2 : Photographie d'une prothèse dentaire non entretenue.

Image 3 : Illustration du lien entre le reflux gastro-œsophagien et la pneumopathie.

## **LISTE DES FIGURES :**

Figure 1 : Déroulement chronologique de l'étude.

Figure 2 : Répartition des répondants selon la profession exercée.

Figure 3 : Connaissance du terme de la santé orale selon les professions.

Figure 4 : Évocation d'une « mauvaise santé orale » toutes professions confondues.

Figure 5 : Estimation des professionnels concernés par la prise en charge de la santé orale.

Figure 6 : Prise en soin de la santé orale des patients.

Figure 7 : Fréquence des soins réalisés en santé orale.

Figure 8 : Constat de la sécheresse buccale chez les patients âgés.

Figure 9 : Constat d'un lien entre la sécheresse buccale et les troubles de la déglutition.

Figure 10 : Constat des répercussions de la sécheresse buccale des personnes âgées.

Figure 11 : Constat des troubles de la mastication chez les personnes âgées.

Figure 12 : Constat d'un lien entre les troubles de la mastication chez les personnes âgées.

Figure 13 : Connaissance des répercussions des difficultés de mastication.

Figure 14 : Constat des problèmes de type fausse-route chez les personnes âgées.

Figure 15 : Constat des signes de reflux gastro-œsophagien chez les personnes âgées.

Figure 16 : Constat d'un lien entre des troubles de la digestion et des troubles de la déglutition.

Figure 17 : Connaissance des répercussions des reflux gastro-œsophagiens chez les personnes âgées.

Figure 18 : Constat des problèmes d'hygiène bucco-dentaire chez les personnes âgées

Figure 19 : Connaissance des répercussions d'une mauvaise hygiène dentaire chez les personnes âgées.

Figure 20 : Obstacles rencontrés dans la prise en soin de la santé orale des personnes âgées.

Figure 21 : Perception des difficultés d'accès aux soins de la santé orale chez la personne âgée.

Figure 22 : Constat d'une mauvaise santé orale et des troubles de la déglutition.

Figure 23 : Connaissance des répercussions d'une mauvaise santé orale chez les personnes âgées.

Figure 24 : Participation au premier questionnaire.

Figure 25 : Estime de l'utilité du support audiovisuel.

Figure 26 : Préférence du support préventif.

Figure 27 : Pertinence du sujet traité.

## Annexe I

### Grille OHAT (Oral Health Assessment Tool)

#### OHAT (Oral Health Assessment Tool)

|                            | <i>Sain=0</i>  | <i>Modification=1</i>  | <i>Non sain=2</i>  | <i>Total</i> |
|----------------------------|--|--|--|--------------|
| <b>Lèvres</b>              | Lisse, rose, humide  | Sèche, gercée, rougeur angulaire   | Morsure, gonflée, ulcération ; saignement angulaire  |              |
| <b>Langue</b>              | Normale, humide, rugueuse, rose                            | Irrégulière, fissurée, rouge, dépôts   | Ulcérations, gonflée   |              |
| <b>Gencives, Muqueuses</b> | Lisse, rose, humide, aucun saignement                      | Sèche, brillante rugueuse, gonflée, blessure ou ulcère sous prothétique                                | Gonflée, saignement, ulcération, zones rouges ou blanches, érythème sous prothétique   |              |
| <b>Salive</b>              | Tissus humide, flux correct                                | Peu de salive, collante, sensation de bouche sèche exprimée par le patient                             | Muqueuse parcheminée et rouges peu ou pas de salive, salive épaisse, sensation de bouche sèche exprimée par le patient   |              |
| <b>Dents naturelles</b>    | Aucune carie, racine, dent cassée                          | 1-3 caries, racines ou dents cassées<br>dents usées, abrasées  | + de 4 caries, racines ou dents cassées.<br>Dents usées, abrasées<br>- de 4 dents présentes  |              |
| <b>Prothèses</b>           | Prothèse adaptée, portée<br>Prothèse non nécessaire        | Prothèse partiellement inadaptée, portée 1-2 heures par jour, prothèses perdues                        | Prothèse inadaptée, prothèse non portée, utilisation de colle  |              |
| <b>Hygiène buccale</b>     | Propre, aucun dépôt, tartre sur les dents et les prothèses | Présence partielle de plaque, de dépôts, tartre sur les dents ou les prothèses, halitose               | Présence de plaque, dépôts, tartre sur la totalité des dents ou des prothèses, halitose importante   |              |
| <b>Douleur</b>             | Aucun signe de douleur                                     | Signes douloureux exprimés et/ou comportementaux (mimique, mâchonnement, agressivité, refus de manger) | Signes douloureux objectifs (morsure, gonflement, dents cassées)+ signes douloureux exprimés et/ou comportementaux (mimique, mâchonnement, agressivité, refus de manger) |              |
|                            |  |  |  | /16          |

Si 0 < OHAT < 4, la bouche est considérée comme saine, l'état est à maintenir par des soins habituels.

Si 4 < OHAT < 8, la bouche est saine mais une surveillance est nécessaire, il existe des points de fragilité.

Si 8 < OHAT < 10, la bouche est dans un état préoccupant, des soins doivent être envisagés l'avis spécialisé du chirurgien dentiste doit être proposé.

Si OHAT >12, la bouche est pathologique, des soins sont obligatoires, l'intervention du chirurgien dentiste est nécessaire.

# Annexe II

## Premier questionnaire



Céléline Anaëlle  
Chanas Lucile



### QUESTIONNAIRE à destination du personnel soignant

#### Service gériatrie CHWAPI – SITE NOTRE-DAME - TOURNAI

Étudiantes en logopédie à la Haute École Condorcet, notre travail de fin d'études porte sur **la prise en charge de la santé orale des personnes âgées présentes au service gériatrique**. L'objectif de ce questionnaire est de mettre en évidence **les connaissances de la santé orale**. Ce questionnaire permettra d'établir un constat et d'organiser dans un deuxième temps **un support d'information en adéquation avec les besoins existants**. Le support visera à informer et sensibiliser les professionnels du service gériatrique à l'importance d'une bonne santé orale au quotidien. Vous pouvez répondre « NSP » pour « je ne sais pas » ou par « NA » pour « non applicable » si vous considérez que la question ne vous concerne pas.

**Nous vous remercions pour votre attention et votre contribution !**

#### **GÉNÉRALITÉS**

• **Quel est votre poste au sein de l'établissement ?**

- Infirmier.e / Infirmier.e référent.e
- Aide-soignant.e
- Médecin
- Chef.fe de service
- Ergothérapeute
- Aide logistique
- Étudiants (Précisez votre niveau d'étude : .....
- Autre .....

• **À quelle tranche d'âge appartenez-vous ?**

- Moins de 25 ans
- 25-50 ans
- Plus de 50 ans

#### **SANTÉ ORALE**

• **Avez-vous déjà entendu parler de la « santé orale » ?**

- Oui
- Non

• **Pour vous qu'est-ce qu'une mauvaise santé orale ?**

.....

Célérine Anaëlle  
Chanas Lucile

• **Selon vous, qui sont le ou les professionnels de santé concernés par la prise en charge de la « santé orale » ?**

- Infirmier.e / Infirmier.e référent.e
- Aide-soignant.e
- Médecin
- Chef.fe de service
- Aide logistique
- Autre .....

• **Que faites-vous déjà pour prendre soin de la santé orale des patients ?**

- Soins de bouche  
À quelle fréquence ? .....
- Nettoyage de prothèses  
À quelle fréquence ? .....
- Soins bucco-dentaires médicamenteux
- Autre .....
- Aucun soin n'est réalisé  
Pour quelles raisons ? .....

**SÉCHERESSE BUCCALE**

• **Constatez-vous des problèmes de sécheresse buccale chez les patients que vous suivez ?**

- Jamais
- Pas souvent
- Régulièrement
- Très souvent

• **Selon vous, y a-t-il un lien entre la sécheresse buccale et des troubles de la déglutition ?**

- Oui
- Non
- Si oui, à quoi pensez-vous ? .....

### **MASTICATION**

- **Constatez-vous des difficultés de mastication chez les patients que vous suivez ?**

- Jamais
- Pas souvent
- Régulièrement
- Très souvent

- **Selon vous, y a-t-il un lien entre des difficultés de mastication et des troubles de la déglutition ?**

- Oui
- Non

Si oui, à quoi pensez-vous ? .....

### **DÉGLUTITION**

- **Constatez-vous des problèmes de type fausse-route chez les patients que vous suivez ?**

- Jamais
- Pas souvent
- Régulièrement
- Très souvent

### **DIGESTION**

- **Constatez-vous des signes de reflux gastro-œsophagien chez les patients que vous suivez ?**

- Jamais
- Pas souvent
- Régulièrement
- Très souvent

- **Selon vous, y a-t-il un lien entre le reflux et des troubles de la déglutition ?**

- Oui
- Non

Si oui, à quoi pensez-vous ? .....



### HYGIÈNE BUCCO-DENTAIRE

- **Constatez-vous des problèmes d'hygiène bucco-dentaire chez les patients que vous suivez ?**

- Jamais
- Pas souvent
- Régulièrement
- Très souvent

Si oui, lesquels ? .....

- **Selon vous, quels peuvent être les risques encourus face à une hygiène bucco-dentaire déficitaire ?**

.....  
.....

### ACCÈS AU SOIN : SANTÉ ORALE

- **Rencontrez-vous des difficultés ou des obstacles à une prise en soins efficace ?**

- Oui
- Non

Si oui, lesquels ? Précisez

.....  
.....

Si vous ne rencontrez pas d'obstacles à la prise en charge, quels recours vous seraient utiles ?

.....  
.....

- **Pensez-vous qu'il y ait un lien entre une mauvaise santé orale et des troubles de la déglutition ?**

- Oui
- Non

Si oui, à quoi pensez-vous ? .....

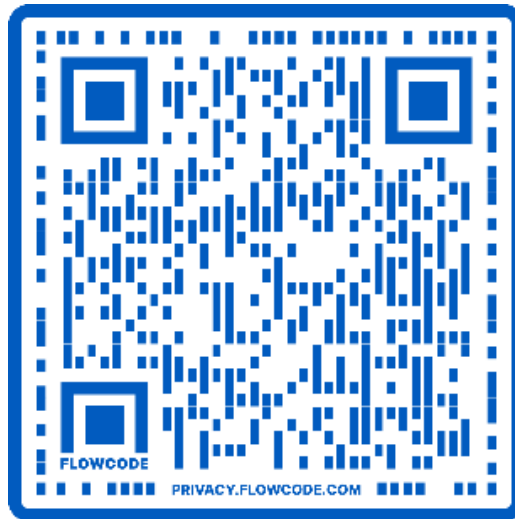
## Annexe III

QR code donnant accès au support audiovisuel créé



## Annexe IV

QR code donnant accès au Google Forms : deuxième questionnaire



# Annexe V

## Google Forms : deuxième questionnaire

### Presbyphagie et santé orale


Étudiantes en logopédie à la Haute École Condorcet, notre travail de fin d'études porte sur la prise en charge de la santé orale dans un service de gériatrie. L'objectif du premier questionnaire a été de mettre en évidence les connaissances sur la santé orale et les difficultés rencontrées dans la prise en soins des personnes âgées. Ce questionnaire nous a permis d'établir un constat et d'organiser un support vidéo ciblé sur l'importance d'une bonne santé orale auprès de la population cible.

Après avoir visionné notre vidéo, nous vous proposons un second questionnaire qui nous permettra de recueillir vos impressions et vos éventuels retours sur le travail réalisé !

Un tout grand merci pour votre patience et votre contribution,

Anaëlle & Lucile

Contact : [anaelle.celerine@condorcet.be](mailto:anaelle.celerine@condorcet.be) / [lucile.chanas@condorcet.be](mailto:lucile.chanas@condorcet.be)

 [anaelle.celerine@condorcet.be](mailto:anaelle.celerine@condorcet.be) (non partagé)  
[Changer de compte](#)



\*Obligatoire

Avez-vous visionné la vidéo "Presbyphagie & santé orale" ? \*

- Oui  
 Non

#### Section sans titre

Avez-vous répondu au premier questionnaire "Presbyphagie et impact de la santé buccale" ? \*

- Oui  
 Non

Qu'avez-vous pensé du support proposé ? \*

- 1 2 3 4 5  
Peu intéressant      Très intéressant

Auriez-vous préféré un autre support préventif ? \*

- Oui  
 Non

Trouvez-vous le sujet pertinent au sein de votre service ? \*

- 1 2 3 4 5  
Peu pertinent      Très pertinent

Avez-vous des remarques à nous partager ?

Votre réponse

## **RÉSUMÉ :**

Le vieillissement de la population s'accélère depuis plusieurs années et tient une place de plus en plus importante dans notre société. Il est nécessaire de prendre en considération toutes les dimensions de cette population. Des modifications organiques et physiologiques vont avoir un impact sur la qualité de vie des personnes âgées, comme des difficultés lors de la déglutition. De plus, cette population présente des besoins particuliers en ce qui concerne la santé orale. La prise en charge gériatrique apparaît donc comme un enjeu majeur de santé publique. Nous avons donc décidé de nous intéresser à cette partie de la population et plus particulièrement aux effets de la presbyphagie, considérée comme le vieillissement non pathologique de la déglutition, liés à une santé orale déficitaire. Notre objectif était d'intégrer la sensibilisation en santé orale au sein de la prise en charge de la personne âgée en milieu hospitalier. Dans ce contexte, nous avons conçu un support audiovisuel de sensibilisation pour le personnel soignant du service de gériatrie du CHwapi. Pour cela, nous avons adressé des questionnaires au personnel soignant afin de recueillir l'intérêt, les connaissances et les difficultés auxquels ils faisaient face. L'hypothèse d'un manque d'information à propos de la santé orale du patient presbyphagique a été validée à travers l'analyse des réponses de ce questionnaire. Ce projet innovant dans ce domaine permet l'apport de connaissances théoriques et pratiques. Ainsi, nous avons étudié l'impact de sa diffusion auprès du personnel. Ce travail s'inscrit donc dans une démarche de transfert de connaissances sur le terrain, dans l'objectif de la meilleure prise en soins possible du patient presbyphagique.

**MOTS CLÉS :** presbyphagie, santé orale, gériatrie, prévention, support audiovisuel