

Troubles de la déglutition des résidentes et résidents en EHPAD : connaissances et pratiques des professionnels. Des représentations à la recherche de consentement.

Auteurs :

Coline Laumond-Boullet^{1,2}
Céline Roustain³

Affiliations :

¹CHI Espalion, Saint Laurent d'Olt, France
²CH Les Peyrières, Rodez, France
³Orthophoniste, Saint Junien, France

Auteur de correspondance :

Coline Laumond-Boullet
coline.laumond@gmail.com

Dates :

Soumission : 26/10/2023
Acceptation : 19/11/2023
Publication : 15/05/2024

Comment citer cet article :

Laumond-Boullet, C. & Roustain, C. (2024). Troubles de la déglutition des résidentes et résidents en EHPAD : connaissances et pratiques des professionnels. Des représentations à la recherche de consentement. *Glossa*, 139, 4-33. <https://doi.org/10.61989/agme5239>

e-ISSN : 2117-7155

Licence :

© Copyright Coline Laumond-Boullet, Céline Roustain, 2024
Ce travail est disponible sous licence [Creative Commons Attribution 4.0 International](https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/).



Contexte : Les résidents des EHPAD (Établissements d'Hébergement pour Personnes Âgées Dépendantes) français sont nombreux à présenter des troubles de la déglutition. Ces troubles s'expriment à travers des symptômes spécifiques, mais aussi non spécifiques. Les conséquences des troubles de la déglutition peuvent être fatales. Cependant, la fausse route obstructive n'est pas la seule conséquence à prendre en considération. La qualité de vie et l'autonomie des résidents doit rester le moteur principal de leur accompagnement. Les professionnels des EHPAD sont tous concernés par les troubles de la déglutition. Les troubles de la déglutition peuvent s'accompagner de modifications des textures alimentaires. Ces dernières ne sont pas toujours bénéfiques pour les résidents et s'accompagnent d'inconvénients. Les données scientifiques indiquent que la recherche de consentement éclairé avant la mise en place d'adaptation ne semble pas systématique. Les connaissances des professionnels semblent incomplètes et les principes éthiques ne permettent pas de répondre de façon méthodique aux dilemmes moraux rencontrés lorsque les résidents refusent les textures modifiées. La responsabilité professionnelle retenue en cas de fausses routes obstructives est floue.

Objectifs : Notre étude avait pour objectif de déterminer les connaissances et représentations des professionnels des EHPAD concernant les troubles de la déglutition, leurs adaptations et les implications juridiques. Elle avait également pour objectif de déterminer les répercussions de ces représentations et connaissances sur leurs pratiques professionnelles, notamment en ce qui concerne la recherche de consentement éclairé avant la modification des textures alimentaires et hydriques. Les données recueillies avaient pour objectifs de démontrer que les connaissances des professionnels concernant les troubles de la déglutition sont incomplètes et que la recherche de consentement éclairé n'est pas systématique avant la modification des textures alimentaires.

Méthode : L'analyse de notre questionnaire à destination des professionnels exerçant en EHPAD en France permet de répondre à nos hypothèses.

Résultats : Les connaissances des professionnels des EHPAD au sujet des troubles de la déglutition sont incomplètes. Un sentiment d'anxiété marqué est relevé face à ces derniers. La recherche de consentement éclairé n'est pas systématique avant la mise en place de textures modifiées.

Conclusion : Cette étude légitime la proposition de formations en EHPAD et détermine les thématiques à prioriser. De nouvelles formations permettraient une amélioration de la qualité de vie chez les résidentes et résidents en EHPAD, avec une meilleure prise en considération des droits fondamentaux de la personne âgée.

Mots-clés : consentement éclairé, modification des textures alimentaires et hydriques, EHPAD, troubles de la déglutition, éthique, professionnels médicaux et paramédicaux.

Swallowing disorders of residents in nursing home: professionals' knowledge and practices. From representations to the search for consent.

Context: Many residents of French nursing homes have swallowing disorders. These disorders are expressed through various and numerous symptoms, specific and non-specific. The consequences of swallowing disorders are multiple and can be fatal. However obstructive aspiration is not the only consequence to consider. The residents' quality of life must remain the most important factor in institutionalized elderly people.

Medical and paramedical professionals are all concerned by swallowing disorders and their management. Texture-modified meals are often suggested as an adaptation regarding swallowing disorders, although some inconveniences may occur.

Current scientific data indicate that professionals in nursing homes have incomplete knowledge of swallowing disorders. Moreover, obtaining informed consent before implementing an adaptation does not seem systematic. Ethical principles do not allow a systematic response to the moral dilemmas encountered when residents refuse modified textures. In addition, the legal implications and professional liability regarding obstructive aspirations are unclear.

Objectives: The aim of our study was to analyze professional practices in French nursing homes regarding informed consent, and to identify a possible correlation between consent collecting and training level. The data collected with our study could then be used to create relevant training for nursing home professionals.

Method: To test our hypotheses, we produced a survey for professionals working in nursing homes in France.

Results: This questionnaire revealed incomplete knowledge among professionals in nursing homes about swallowing disorders as well as a major feeling of anxiety about these troubles. In addition, consent was not systematically sought before the introduction of texture-modified meals.

Conclusions: This study demonstrates a desire for training among nursing home professionals. It also legitimizes the latter and highlights several themes to broach. New training courses based on these results could allow an improvement in the quality of life of residents in nursing homes, with better consideration of the fundamental rights of the elderly.

Keywords: informed consent, modified texture, nursing home, dysphagia, ethics, medical and paramedical professionals.

CONTEXTE DE L'ÉTUDE

Résidents en EHPAD et troubles de la déglutition

En 2018, les Établissements d'Hébergement pour Personnes Âgées Dépendantes (EHPAD) accueillait 594 684 personnes parmi les 27% de Français âgés de plus de 60 ans (Institut National de la Statistique et des Études Économiques, 2019). Ce nombre est en constante augmentation du fait du vieillissement de la population. Ces établissements constituent par conséquent des partenaires majeurs dans la prise en soin des personnes âgées.

En 2006, 65 % des résidents en institution présentaient des pathologies entraînant une dépendance forte (Dutheil & Scheidegger, 2006). Chez la moitié d'entre eux, elles étaient associées à un trouble neurocognitif (TNC) majeur et par conséquent à une altération des capacités cognitives et de communication (Dutheil & Scheidegger, 2006). Ces étiologies, ainsi que les Accidents Vasculaires Cérébraux, sont les plus fréquemment retrouvées en cas de troubles de la déglutition (Bomze et al., 2021 ; Forster et al., 2013 ; Ney et al., 2009 ; Puisieux et al., 2009).

Les troubles de la déglutition pourraient concerner jusqu'à 91 % des personnes de plus de 70 ans

(Ortega et al., 2017). L'estimation de la prévalence de ces troubles en EHPAD varie de 30% à 60% selon les études (Cabre et al, 2010 ; Guedj Rouah, 2013 ; Puisieux et al, 2009). Les variations retrouvées concernant cette prévalence peuvent interroger sur la fiabilité des diagnostics. Ces derniers sont complexes compte tenu de la grande variabilité de symptômes existant chez les personnes âgées. Les troubles de la déglutition se manifestent à travers plusieurs symptômes spécifiques et non spécifiques (figure 1).

Ces symptômes ne sont pas tous connus par les personnels soignants (Meriau, 2013). Par ailleurs, chez les personnes âgées présentant un TNC majeur, ce sont les phases pré-orale et orale de la déglutition qui sont davantage altérées et non la phase pharyngée, en lien avec des atteintes sensorielles et cognitives (Kenigsberg et al., 2015). Le vieillissement sensoriel altère la qualité des repas des résidents (Raschilas, 2008) et les troubles de la déglutition viennent s'ajouter à ces difficultés.

Les symptômes des troubles de la déglutition sont multiples et de nombreuses complications médicales peuvent en découler. La fausse route obstructive constitue une crainte notable, tant pour les sujets âgés que pour le personnel, car elle peut entraîner un décès si aucune manœuvre n'est effectuée (Rangira et al., 2022). Les manœuvres à réaliser en cas de fausse route (manœuvre

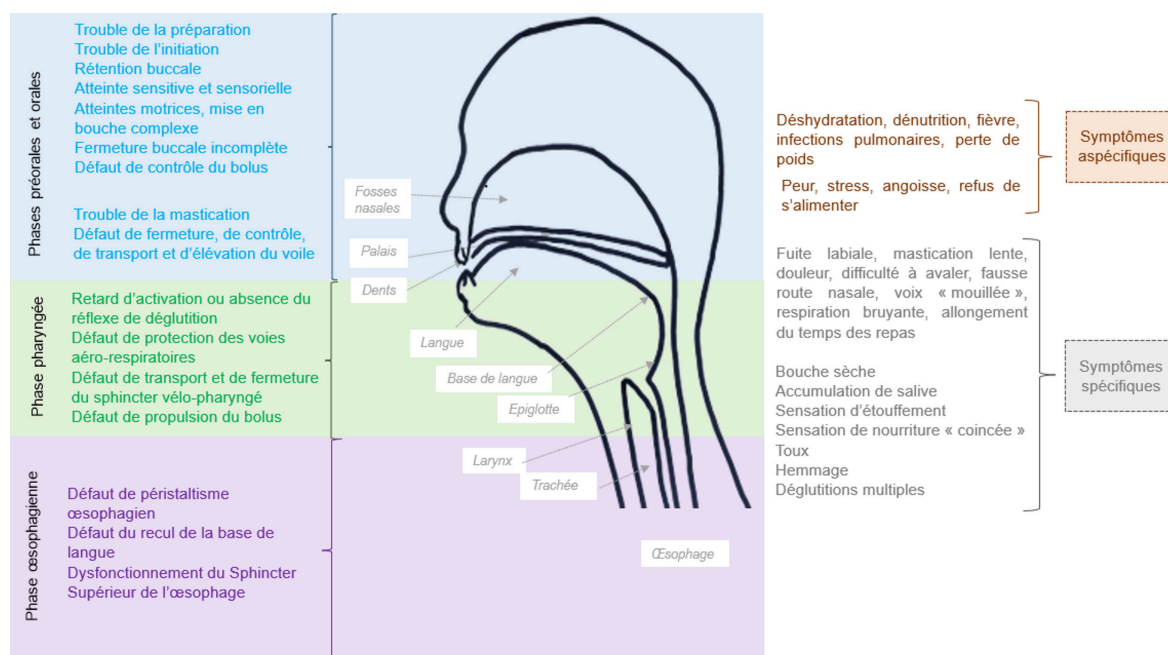


FIGURE 1 : Symptômes des troubles de la déglutition (d'après Forster et al., 2013 ; Gentil et al., 2021 ; Woisard & Puech, 2012).

de Heimlich et/ou utilisation de matériel d'aspiration) peuvent être complexes et générer de l'anxiété chez les professionnels (Meriau, 2013). Néanmoins, la fausse route obstructive reste un risque présent dans la population générale à tout âge. Elles sont par ailleurs moins fréquentes que les pneumopathies d'inhalation, constituant également une conséquence majeure des troubles de la déglutition chez les personnes âgées (Leslie & Smithard, 2021 ; Meriau, 2013). Toutefois, s'il y a une corrélation entre les troubles de la déglutition et les pneumopathies d'inhalation, ces dernières restent liées à leur combinaison avec de nombreux autres facteurs en cas de pneumopathie : âge, état cognitif, sexe, état musculaire, hygiène bucco-dentaire, etc. (Langmore et al., 2002 ; Wirth et al., 2016). Une hygiène bucco-dentaire correcte permet de prévenir la survenue de complications en cas de fausses routes (Wirth et al., 2016) et une grande vigilance doit y être portée.

Aux conséquences physiques précédemment évoquées s'ajoutent des conséquences sociales et psychologiques : la fréquente modification des textures alimentaires entraîne une dégradation du plaisir lié à l'alimentation. Les troubles de la déglutition génèrent également de l'anxiété, en lien avec les conséquences pouvant survenir. De plus, le risque de dénutrition, associé au concept de fragilité et lié aux troubles de la déglutition, ne doit pas être ignoré (Bomze et al., 2021 ; Féart, 2018). La qualité de vie est ainsi affectée par les troubles de la déglutition mais aussi par leurs adaptations (Ekberg et al., 2002 ; Ney et al., 2009).

Les risques de décès par suffocation ou par infections pulmonaires ne sont donc pas les seules conséquences délétères à prendre en considération dans la prise en soin des troubles de la déglutition. La crainte et la prise en considération de ces seuls risques pourraient mener à une surmédicalisation, notamment dans le but d'éviter les fausses routes obstructives. L'étude de Groher et McKaig (1995) exposait une surmédicalisation en cas de troubles de la déglutition. Les mêmes tendances sont décrites en 2014 en France avec une surproposition des adaptations de textures alimentaires alors qu'elles ne sont pas nécessairement justifiées (Tannou & Cormary, 2014), mais peu d'études retraçant ces pratiques ont été menées depuis.

La prise en soin des troubles de la déglutition est complexifiée par les risques les entourant. L'ensemble des professionnels des EHPAD est concerné et doit y être vigilant. Chaque

professionnel possède son champ de compétences et une expérience propre, ce qui multiplie les approches et diversifie la vision des prises en soin des troubles de la déglutition. La communication devient indispensable pour coordonner et harmoniser ces dernières.

Une prise en soin pluriprofessionnelle et variée des troubles de la déglutition

Les étiologies à l'origine de troubles de la déglutition en EHPAD et les atteintes variées qu'elles entraînent nécessitent une évaluation personnalisée. Elle permet de proposer une prise en soin adaptée et d'éviter toute surmédicalisation. Le diagnostic de troubles de la déglutition fait partie des compétences de l'orthophoniste et est réalisé à la suite d'un dépistage proposé par un soignant formé ou un médecin. Toutefois, le champ de compétences des orthophonistes est mal connu et leur travail est, par conséquent, parfois délégué à d'autres professionnels (Meriau, 2013). De plus, les EHPAD manquent de ressources financières pour faire intervenir un orthophoniste : 46 % d'EHPAD français seulement bénéficient d'intervention d'orthophonistes en 2020 (Benier, 2020). Ce sont ainsi les soignants (aides-soignants et infirmiers) qui mettent en place des moyens de compensation, souvent aidés d'un diététicien, et ce malgré le manque de formation des professionnels des EHPAD concernant les troubles de la déglutition (Hermabessière et al., 2019). De ce fait, ces troubles seraient sous-évalués/mal évalués (Guedj Rouah, 2013 ; Meriau, 2013).

Qu'il y ait un orthophoniste ou non au sein de l'EHPAD, la prise en soin des troubles de la déglutition reste pluriprofessionnelle et de nombreux professionnels médicaux et paramédicaux interviennent selon leur champ de compétences (figure 2)

La communication est essentielle pour permettre une continuité des soins mais de nombreux EHPAD manquent de personnel (toutes professions confondues) et connaissent des difficultés de recrutement (Bazin & Muller, 2018). Le renouvellement des professionnels est fréquent et l'ancienneté dépasse rarement un an dans le même établissement. Ces éléments affectent la qualité de l'accompagnement proposé aux résidentes et résidents ainsi que l'alliance thérapeutique (Bazin & Muller, 2018). La communication pluriprofessionnelle est mise à mal, ce qui affectera nécessairement la prise en

soin des troubles de la déglutition et la mise en œuvre des adaptations (Benier, 2020). Le manque de temps et de formations altère également les prises en soin (Meriau, 2013).

La prise en soin des troubles de la déglutition est généralement axée sur des stratégies d'adaptation et de prévention. L'intervention se fait en collaboration avec les soignants et aidants (Hermabessière et al., 2019). Comme nous l'avons détaillé précédemment, les fausses routes obstructives ne sont pas les seuls risques à prendre en compte. Les difficultés rencontrées peuvent être liées à un contexte plus global. Une

attention particulière doit donc être portée à l'environnement et à l'installation des résidents, ainsi qu'aux ustensiles proposés. Si possible et nécessaire, la posture des résidents sera adaptée et des manœuvres de déglutition pourront être proposées. Le visuel du repas devra être soigné pour stimuler la phase pré-orale. Les textures des aliments et des boissons pourront également être modifiées en fonction des besoins des résidents, à condition que toutes les autres adaptations aient bien été mises en place. Ces modifications ne doivent pas être les seules adaptations envisagées. Si sa nécessité est objectivée par un bilan, la modification de l'alimentation pourra prendre

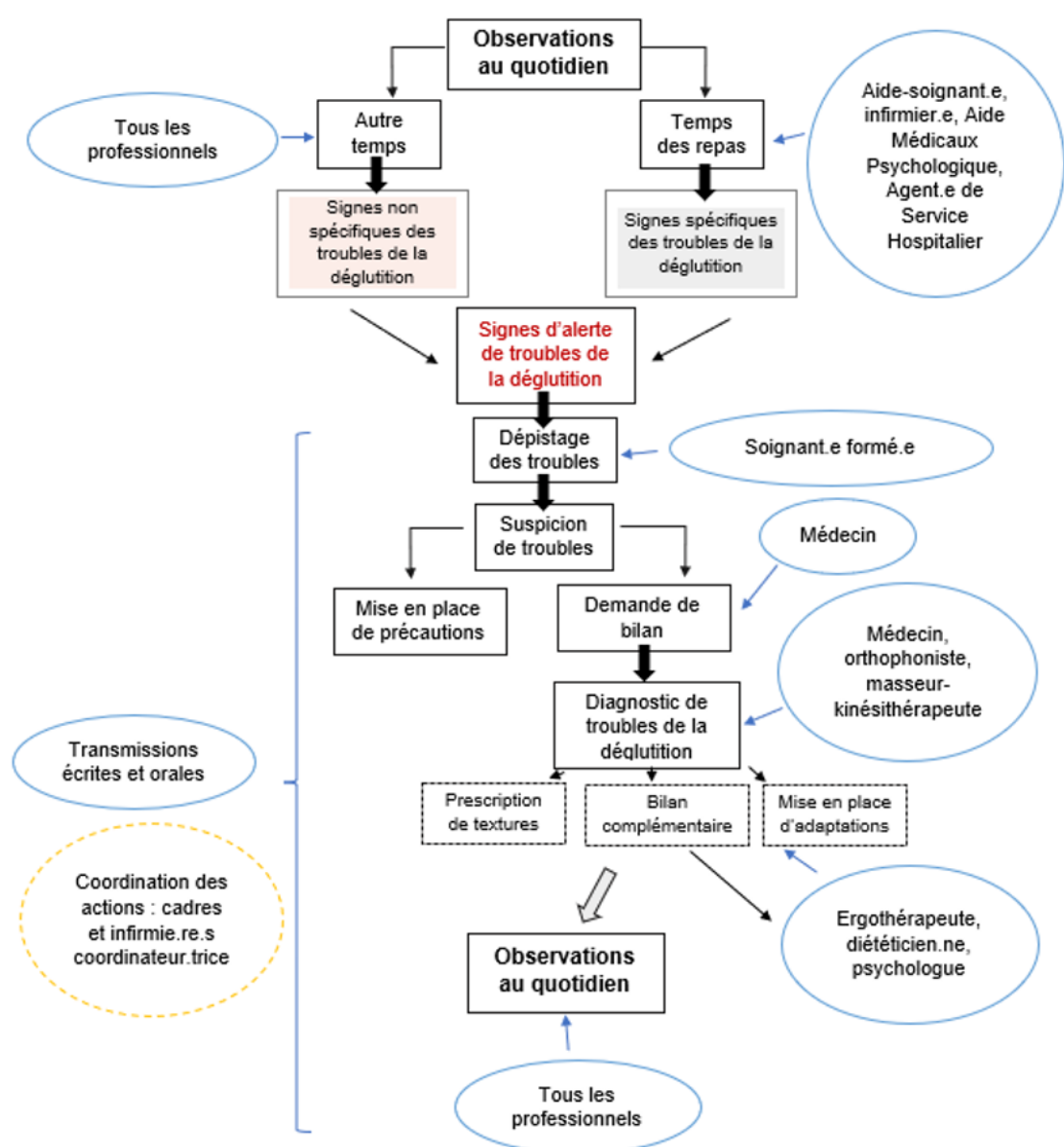


FIGURE 2 : Rôle des professionnels des EHPAD dans le cadre des troubles de la déglutition (d'après Bazin & Muller, 2018 ; Hermabessière et al., 2019 ; Meriau, 2013)

plusieurs formes : compléments nutritionnels oraux, modifications des textures alimentaires ou nutrition artificielle (sonde naso-gastrique ou gastrostomie) si l'alimentation per os n'est pas suffisante. Néanmoins, une fois qu'elle est installée, la pertinence de l'adaptation de l'alimentation n'est pas réinterrogée en l'absence de nouvel incident, alors que les difficultés des résidents peuvent évoluer et rendre les adaptations obsolètes (Foureur & Fournier, 2020 ; Hermabessière et al., 2019).

D'autre part, si la modification des textures limite la survenue de fausses routes obstructives (et donc d'asphyxie), elles n'empêchent pas la survenue de fausses routes non obstructives. Ces fausses routes, associées à une mauvaise hygiène bucco-dentaire, entraînent des pneumopathies d'inhalation (Langmore et al., 2002 ; Wirth et al., 2016). Les textures modifiées n'offrent par conséquent pas une sécurité optimale aux résidentes et résidents et s'accompagnent également de risques. Leur utilisation nécessite d'être réfléchie et basée sur une évaluation complète de la situation. La balance bénéfices/risques doit être prise en considération afin de déterminer quelles adaptations seront les plus pertinentes dans chaque situation (O'Keeffe, 2018).

Les textures modifiées sont peu appétentes et peu stimulantes. Or, il est primordial de stimuler le plus possible toutes les entrées sensorielles des résidents. Compte-tenu du lien entre les textures modifiées et la dénutrition, il est important de limiter la déprivation sensorielle causée par la

modification des textures alimentaires. Limiter l'association de la dénutrition et de la dépendance pour manger réduit les facteurs de risques des pneumopathies d'inhalation (Drevet & Gavazzi, 2019 ; Féart, 2018).

L'alimentation modifiée s'accompagne également d'une quasi-impossibilité de prise de repas hors de la structure. En effet, il n'existe pas de restaurant proposant des repas avec textures modifiées. Les résidents présentant des troubles de la déglutition se voient donc souvent privés de moment de plaisir et de partage avec leur famille. Ces résidents ont par ailleurs plus facilement tendance à s'isoler, pour plusieurs raisons : sentiment de gêne, besoin d'aide pour se nourrir, moins de plaisir durant les repas (Farri et al., 2007). Cet isolement est un frein à la sociabilisation des résidents.

Les textures modifiées peuvent donc avoir, de la même manière que les troubles de la déglutition, un effet néfaste sur la qualité et l'espérance de vie (figure 3).

L'adaptation des textures n'est pas suffisante pour une alimentation optimale. Certains EHPAD essaient de rendre les plats à textures modifiées plus attrayants, en modifiant l'aspect dans l'assiette et en respectant les facteurs d'appréciations sensoriels et cognitifs des aliments présentés durant les repas (Hermabessière et al., 2019 ; Pouyet et al., 2015) et en soignant le choix de la vaisselle (Delaide et al., 2020). Peñalva Arigita et al. (2022) recommandent de diversifier l'alimentation en cas de troubles de la déglutition pour améliorer

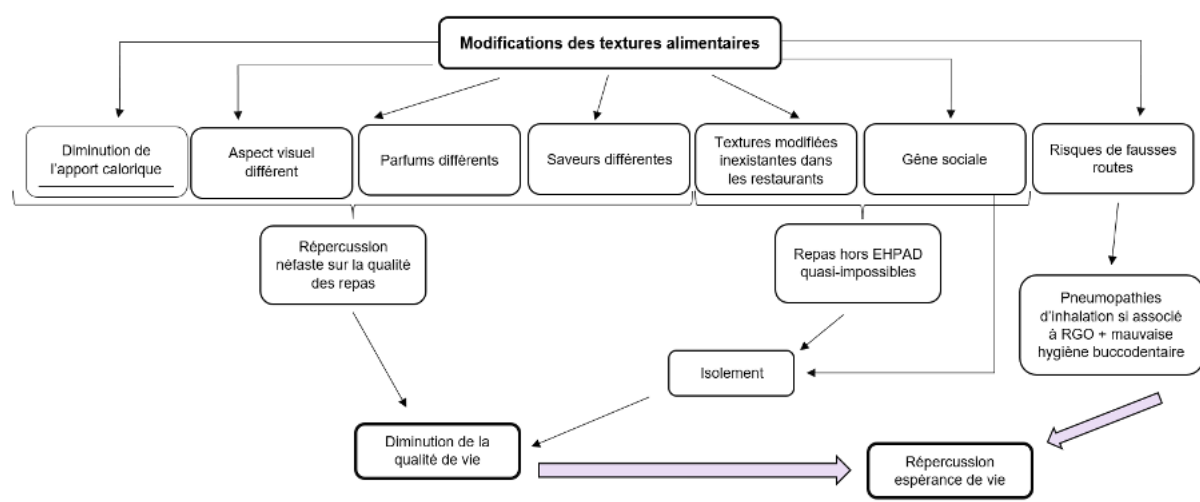


FIGURE 3 : Répercussions multiples des modifications de textures alimentaires et hydriques (d'après Beck et al., 2018 ; Berzlanovich et al., 2005 ; Farri et al., 2007 ; Gentil et al., 2021 ; Sakashita et al., 2020 ; Steele et al., 2015 ; Umay et al., 2019).

la qualité de vie. Ces actions permettent de réduire les effets néfastes des modifications de textures alimentaires.

Les modifications de textures alimentaires et hydriques ayant un impact non négligeable sur la qualité de vie du résident mais aussi sur son espérance de vie, son accord devrait être recueilli avant leur mise en place (O’Keeffe, 2018). Ces adaptations étant un acte de soin, cela fait par ailleurs partie des droits fondamentaux, conformément au Code de la santé publique (articles L1111-4 à L1111-9), indiquant qu’« aucun acte médical ni aucun traitement ne peut être pratiqué sans le consentement libre et éclairé de la personne et il peut être retiré à tout moment ». Si les résidents ne peuvent pas exprimer leurs volontés, la personne de confiance doit être consultée. Les personnels soignants ont également l’obligation d’informer chaque résident sur sa prise en soins, ses risques et bénéfices, sans orienter ses décisions. Cependant, pour pouvoir informer les résidents, il est nécessaire que les professionnels soient eux-mêmes informés des risques et bénéfices des soins. Nous n’avons pas retrouvé d’étude nous permettant de statuer à ce sujet.

Nous n’avons trouvé aucune étude concernant la recherche de consentement des résidents avant la modification des textures en EHPAD et le positionnement des professionnels à ce sujet. Lelièvre (2016) a interrogé celui des orthophonistes et a mis en évidence une grande variabilité des opinions. La sécurité des résidents était l’élément le plus important pour la moitié des personnes interrogées, alors que leur consentement n’était prioritaire que pour 5% des répondants. De même, laisser le choix aux résidents n’était important que pour 5% des personnes interrogées et plus de 13% d’entre elles pensent même que laisser les résidents libres de manger ce qu’ils souhaitent est un aspect « à éviter » (Lelièvre, 2016).

Selon Tacnet Auzzino (2009), le consentement de manière générale n’a que peu de place en EHPAD et est malheureusement bien souvent « forcé ». Des recherches sont nécessaires pour examiner la fréquence de la recherche de consentement éclairé car il y a des raisons de penser que les pratiques professionnelles actuelles ne sont pas optimales (O’Keeffe et al., 2023). Il s’agit d’un sujet complexe : la population accueillie peut présenter des troubles cognitifs qui remettent en question toute certitude quant à leur bonne compréhension

des situations. Par ailleurs, le refus peut être manifesté comme opposition, pour communiquer un sentiment de frustration par exemple, sans lien avec le contexte. Il est alors difficile de le distinguer du réel refus de soin « éclairé ». Il arrive parfois que les décisions des résidents soient différentes de celles conseillées par les soignants, qu’elles soient risquées, dangereuses. Ce sont des situations complexes : que doivent-ils faire dans ces cas ? Respecter ou non les décisions exprimées ? La notion de consentement devient alors indissociable de celle d’éthique.

Implications éthiques dans le cadre des décisions de modifications de textures alimentaires

Le principe éthique de bienfaisance/non-malfaisance (Lerond, 2011) est applicable dans le cadre des adaptations de textures alimentaires et hydriques. Selon ce principe, « le soignant doit soulager la souffrance, guérir ou prolonger la vie, améliorer le confort physique, mental, social » d’après l’Organisation Mondiale de la Santé (cité par Kerlan, 2016). La volonté des soignants est bien souvent de respecter ce principe, qui constitue l’essence même des métiers du soin. Cependant, le principe d’autonomie rend les patients décisionnaires sur les soins qui leur sont proposés lorsqu’ils sont en mesure d’exprimer leur avis et leur donne donc le droit de les refuser. Le refus de soins vient donc confronter ces deux principes éthiques (Delassus, 2011). Il est cependant difficile pour les soignants de respecter le refus de soins sans dilemme moral lorsqu’il peut comporter des risques et être fatal et d’autant plus avec des résidents présentant un TNC (Sommerville et al., 2022). En effet, la communication avec les personnes présentant un TNC est complexe en raison des troubles cognitifs et langagiers associés. Le refus de soins va à l’encontre du principe de bienfaisance et il peut être difficile de le comprendre et de l’accepter. Par ailleurs, la loi elle-même encourage la protection des sujets lorsqu’ils sont jugés vulnérables (ce qui est souvent le cas des personnes présentant un TNC). Il est très difficile de concilier toutes ces notions contradictoires dans les pratiques professionnelles et chaque situation devient un dilemme complexe à résoudre, car il n’existe pas de solution idéale (Weaver & Geppert, 2022). En outre, le fait de ne pas respecter les choix d’un résident, même involontairement, constitue une

forme de maltraitance faisant partie de la catégorie « mépris et ignorance de ce que dit la personne âgée » (Thomas et al., 2005).

Les soignants doivent-ils orienter les résidents selon le « principe de bienfaisance » (Lerond, 2011), ou respecter leurs demandes même si elles leur semblent déraisonnables et risquées au vu de la situation ?

Un autre aspect peut freiner les soignants dans le respect du refus de soins : la peur des conséquences. Quelle responsabilité est retenue contre les soignants en cas de décès consécutif à une fausse route obstructive ? En cas de pneumopathie d'inhalation ? Chaque situation aura une réponse différente. En effet, l'implication des soignants ne sera pas la même en fonction des conséquences, du choix des résidents, des réactions face à la situation, d'une éventuelle négligence... Qu'en est-il du cadre légal ?

Si le refus de soins est un droit inscrit dans la loi Kouchner (2002), il n'en est pas moins complexe pour les soignants de se repérer sur le plan juridique et de savoir à quelle loi ils doivent se référer. Nous ne savons pas si les formations actuelles abordent ces points.

En France, ce sont le Code de la santé publique et le Code pénal qui traitent la responsabilité des soignants en cas de faute ou incident. Selon le code consulté, les réponses divergent : l'autonomie des patients est favorisée par le Code de la santé publique tandis que le Code pénal favorise la protection d'autrui notamment avec la notion d'assistance à personne en danger (Mauriat et al., 2009). La responsabilité retenue par la loi en cas de fausse route obstructive dépend de la situation et d'une potentielle négligence. Si cette dernière est retenue, peine d'emprisonnement et/ou amende sont possibles. Rien n'est précisé en cas de décès chez un résident ayant refusé la modification des textures, si ce n'est que les soignants ne sont pas responsables s'ils avaient signalé les risques (Ponte, 2007). Face à ce manque de clarté, de nombreux soignants sont tentés de ne pas prendre de risques pour ne pas être jugés responsables, ce qui crée des clivages au sein des équipes (Foureur & Fournier, 2020). Pourtant, la balance bénéfice/risque n'est pas nécessairement en faveur des adaptations de textures en cas de troubles de la déglutition. La qualité de vie devrait être le moteur principal des prises de décision, mais le flou juridique et les implications morales

complexifient les prises de décision. Les troubles de la déglutition constituent donc bien souvent un « fardeau » pour les soignants en EHPAD (Rangira et al, 2022).

OBJECTIFS DE L'ÉTUDE

Nous n'avons retrouvé aucune étude explorant le lien entre les connaissances des professionnels des EHPAD concernant les troubles de la déglutition, les adaptations et les implications juridiques et leurs pratiques professionnelles à ce jour et notamment en ce qui concerne la recherche de consentement. La présente étude exploratoire, réalisée dans le cadre d'un mémoire pour l'obtention du Certificat de Capacité en Orthophonie, a donc pour objectif d'évaluer les connaissances et représentations des professionnels au sujet des troubles de la déglutition et des adaptations, des implications juridiques, ainsi que leurs répercussions sur leurs pratiques professionnelles, notamment en lien avec la recherche de consentement éclairé avant la modification des textures alimentaires. Cette étude légitimerait les formations des professionnels en EHPAD et en déterminerait les axes prioritaires.

Notre première hypothèse est que les connaissances des professionnels concernant les troubles de la déglutition et les adaptations sont incomplètes.

Notre seconde hypothèse est que la recherche du consentement éclairé des résidents n'est pas systématiquement effectuée par les professionnels des EHPAD concernés avant la modification des textures alimentaires.

MÉTHODOLOGIE

Récolte des données : matériel et procédure

Cette étude a été menée à travers l'analyse d'un questionnaire anonyme (annexe A) élaboré sur SphinxOnline®, similaire pour tous les répondants. Il comportait 34 questions réparties en 3 parties : identité professionnelle, connaissances des troubles de la déglutition et représentations professionnelles. Il a été validé en amont auprès de 10 pré-testeurs (3 infirmières, 1 aide-soignante, 1 orthophoniste, 1 maître de conférences, 2 étudiantes en orthophonie, 1 enseignante et 1 éducateur spécialisé). Les questions avaient plusieurs formats de réponses (questions à choix multiples et échelles de Likert), toutes obligatoires. Les données recueillies sur SphinxOnline® ont été analysées avec Excel et RStudio.

TABLEAU 1 : Répartition des professionnels formés et non formés, de la profession la plus formée à la moins formée.

Profession	Non	Oui	Total
Cadre de santé	33	46	79
Aide-soignant	63	41	104
Infirmier/ère	61	40	101
Infirmier/ère coordinateur/trice	30	39	69
Diététicien	9	26	35
Médecin	9	9	18
Orthophoniste (salarié de l'EHPAD)	1	8	9
Orthophoniste (libéral intervenant en EHPAD)	0	4	4
Cadre supérieur	3	3	6
Ergothérapeute	17	3	20
Agent de soin	0	2	2
Animateur/trice	10	2	12
AVS (auxiliaire de vie sociale)	0	2	2
Masseur-kinésithérapeute	1	2	3
Psychologue	19	2	21
Psychomotricien/enne	4	2	6
Assistant de direction	0	1	1
Assistant de soins en gériatrie	0	1	1
Directeur/trice	12	1	13
Hôtelier/ère	0	1	1
Secrétaire médical	0	1	1
AES (Accompagnant Éducatif et Social)	1	0	1
Aide médico-psychologique	1	0	1
ASH (Agent de Service Hospitalier)	4	0	4
Éducateur/trice sportif	1	0	1
Faisant Fonction d'Aide-soignant	1	0	1
Infirmier/ère en pratique avancée	1	0	1
Moniteur/trice d'Activités Physiques Adaptées	1	0	1
Préparateur/trice en pharmacie hospitalière	1	0	1
Responsable hébergement et vie sociale	1	0	1
Responsable hôtelier	1	0	1
Service technique	1	0	1
Total	286	236	522

Récolte des données : population

Notre questionnaire a été transmis à 1530 adresses électroniques de secrétariats d'EHPAD privés et publics français. Il a été rempli, en 23 minutes en moyenne, par 555 personnes, dont 522 professionnels travaillant en EHPAD

entre le 01/02/2023 et le 22/03/2023. Les critères d'inclusion étaient « être un professionnel (salarié ou intervenant externe) exerçant actuellement en EHPAD en France ». 8 personnes n'ayant pas renseigné leur profession ont été exclues. Les professionnels n'exerçant pas ou plus en EHPAD et les résidents étaient exclus d'office.

TABEAU 2 : Répartition du type de formation auxquelles les 236 professionnels ayant été formés ont participé.

Formation au sein de l'établissement	Formation initiale	Formation personnelle	Formation proposée par un ancien employeur
51%	43%	17%	17%

Il y avait environ 430 000 professionnels dans les 7400 EHPAD français en 2015 (Bazin & Muller, 2018). Il fallait 384 réponses pour que notre échantillon soit représentatif de notre population cible, calculé de la manière suivante :

Équation 1 : Calcul de la représentativité de l'échantillon

$$n = \frac{t^2 \times p \times (1 - p)}{m^2}$$

avec n : la taille de l'échantillon, un niveau de confiance à 95% (t), une proportion estimée de la population à 430 000 professionnels (p) et une marge d'erreur de 5% acceptée (m).

RÉSULTATS

Les résultats obtenus avec les données du questionnaire ont été calculés et présentés sous forme de pourcentages. Les connaissances des professionnels ont été évaluées grâce aux scores moyen obtenus pour chaque thématique, traduits en pourcentage. Les résultats sont exposés sous forme de graphiques et tableaux.

Les réponses obtenues sur SphinxOnline® ont été saisies sur EXCEL et les analyses statistiques ont été réalisées avec RStudio. Un test du khi² d'indépendance a été effectué pour déterminer le lien entre différentes variables. Enfin, un Z-test nous a permis de comparer nos proportions de population.

Formation(s) et sentiment de formation des professionnels des EHPAD

Professions

Au total, 522 répondants de professions variées ont répondu au questionnaire. Notre échantillon se compose ainsi de 32 professions, avec des effectifs très hétérogènes en fonction des corps de métier. Les professions représentées appartiennent dans leur majorité aux métiers du soin (aides-soignants et infirmiers), de la rééducation (ergothérapeute notamment) et de l'encadrement (cadres et direction, annexe B).

Formations

55% des répondants déclarent n'avoir eu aucune formation concernant les troubles de la déglutition (soit 286 personnes, tableau 1).

Les professionnels les plus formés sont les orthophonistes (92%), les diététiciens (74%) et les masseurs-kinésithérapeutes (67%). Les professionnels les moins formés sont les aides-soignants (61% non formés), les infirmiers (54% non formés) et les médecins (50% non formés).

Type de formation

Les types de formations suivies par les répondants sont variés. 25% des répondants ont eu deux des types de formations mentionnées et 2% en ont eu trois (tableau 2). Nous n'avons pas de précision sur l'identité des personnes proposant des formations au sein des établissements.

Expérience professionnelle

La majeure partie des répondants ont plus de 10 ans d'expérience (48%). 18% des répondants ont entre 5 et 10 ans d'expérience. Seuls 9% des professionnels en ont moins d'une année. La majeure partie des répondants ont assisté à des fausses routes ayant nécessité des manœuvres et/ou aspiration. 42% ont déjà assisté à un décès consécutif à une fausse route obstructive. La plupart des professionnels ont déjà assisté à des situations compliquées découlant de troubles de la déglutition (figure 4).

Sentiment de formation des répondants

44% des répondants ne se sentent pas suffisamment formés aux troubles de la déglutition [IC : 39.9 à 48.6]. Ces résultats sont à nuancer au regard des professions : les orthophonistes se sentent plutôt formés par rapport aux autres professionnels (tableau 3).

80% des personnes qui ont été formées se sentent formées [IC : 0.7384195 ; 0.8449123], 64% des personnes non formées ne se sentent pas formées [IC : 0.5809284 ; 0.6949689].

TABLEAU 3 : Répartition du sentiment de formation chez les personnes formées et non formées.

Sentiment de formation	Non formé	Formé	Total
« Pas du tout » à « plutôt non »	183	48	231
« Plutôt oui » à « tout à fait »	103	188	291
Total	286	236	522

TABLEAU 4 : Répartition du sentiment de formation en fonction du type de formation.

Sentiment d'être formé	Type de formation			
	Cours en formation initiale	Formation d'un ancien employeur	Formation personnelle	Formation au sein de l'EHPAD
Non	19	6	23	6
Oui	83	34	99	34

TABLEAU 5 : Répartition du sentiment de formation en fonction de l'expérience.

Sentiment d'être formé	Expérience professionnelle		
	Moins de 5 ans	Plus de 5 ans	Total
« Plutôt non » à « pas du tout »	88	143	271
« Plutôt oui » à « tout à fait »	91	200	291
Total	179	343	522

Les répondants sont répartis de façon hétérogène au sein du tableau (khi^2 : $p\text{-value} < 2.2e-16$). Le fait d'être formé exerce bien une influence positive sur le sentiment de formation ($Z\text{-test}$: $p\text{-value} < 2.2e-16$).

Les populations au sein du tableau 4 sont réparties de façon homogène (khi^2 : $p\text{-value} = 0.8746$) et l'analyse des proportions indique qu'aucune formation n'a plus d'influence que les autres sur le sentiment de formation ($Z\text{-test}$: $p\text{-value} = 0.9724$).

56% [IC : 0.5136367 à 0.6004473] des répondants se sentent formés. Or, 53% le sont réellement. Nous avons testé une éventuelle influence du nombre d'années d'expérience sur le sentiment de formation pour tenter d'expliquer cette disparité. La proportion de personnes se sentant formées est plus grande chez les personnes ayant plus d'années d'expérience (tableau 5). L'expérience professionnelle influence donc le sentiment de formation (khi^2 : $p\text{-value} = 0.1239$, $Z\text{-test}$: $p\text{-value} = 0.0001504$).

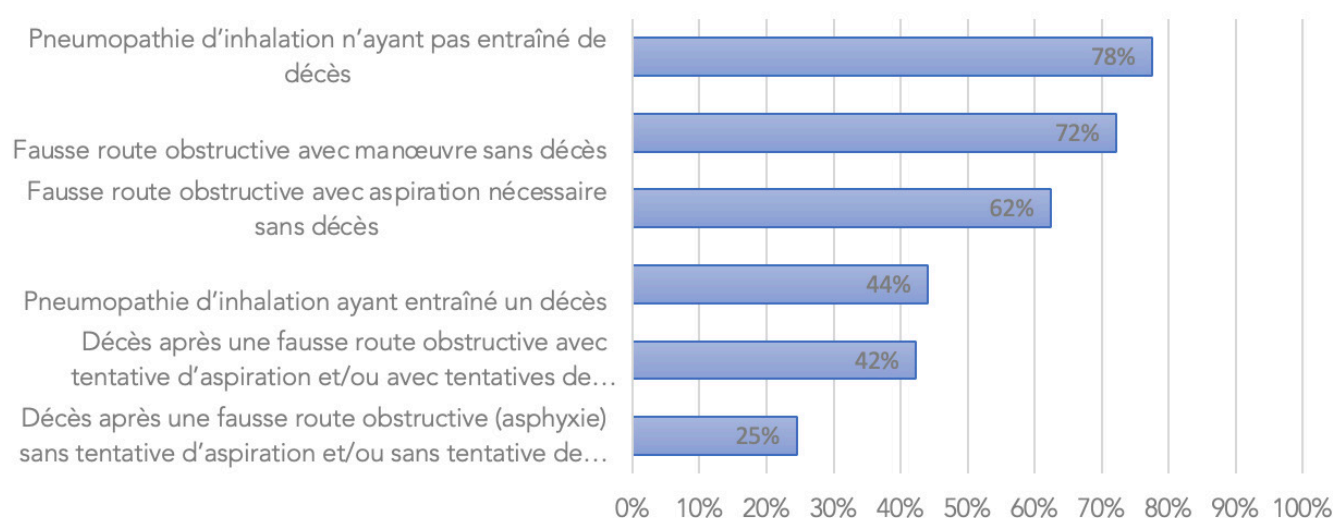
**FIGURE 4 :** Expériences vécues par les répondants.

TABLEAU 6 : Répartition du sentiment de formation concernant les manœuvres à réaliser en cas d'urgence et l'utilisation du matériel d'aspiration.

Sentiment d'être formé	« Plutôt oui » à « tout à fait »	« Plutôt non » à « pas du tout »	« Non concerné »
Aux manœuvres	393	105	24
À l'utilisation du matériel d'aspiration	287	108	127

TABLEAU 7 : Sentiment des professionnels face aux gestes à réaliser en cas d'urgence.

	« Très anxieux » à « inquiet »	« Confiant » à « très confiant »	« Non concerné »
Sentiment face aux manœuvres	235	257	30
Sentiment face à l'utilisation du matériel d'aspiration	158	233	131

TABLEAU 8 : Répartition des niveaux de confiance face aux troubles de la déglutition chez les professionnels formés et non formés.

Formation	Niveau de confiance face aux troubles de la déglutition		Total
	« Très anxieux » à « inquiet »	« Confiant » à « très confiant »	
Non	188	98	286
Oui	86	150	236
Total	274	248	522

Sentiment de formation concernant les gestes à réaliser en cas d'urgence

79% des répondants concernés se sentent suffisamment formés aux manœuvres à réaliser en cas de fausse route obstructive et 72% se sentent suffisamment formés à l'utilisation du matériel d'aspiration (tableau 6).

Sentiments face aux gestes à réaliser en cas d'urgence

47% des personnes concernées (492) se sentent anxieuses à l'idée de réaliser des manœuvres d'urgence [IC de 43,2 à 52,2].

40% des personnes concernées (391) se sentent anxieuses à l'idée d'utiliser du matériel d'aspiration [IC entre 35,5 et 45,4] (tableau 7).

Sentiments des répondants face aux troubles de la déglutition

Nous avons interrogé les sentiments des répondants face aux troubles de la déglutition avec une échelle allant de « très anxieux » à « très confiant » (tableau 8). 53% des répondants se sentent anxieux face aux troubles de la déglutition [IC : 0.4810844 à 0.5683520].

64% des professionnels formés se sentent confiants face aux troubles [IC :0.57;0.696] et 66% des professionnels non formés se sentent anxieux [IC :0.598;0.71]. Le fait d'avoir eu une formation exerce une influence positive sur le sentiment de confiance, et à l'inverse, le fait de ne pas en avoir est corrélé avec le sentiment d'anxiété (khi^2 : p -value = 4.634e-11 ; Z.test : p -value = 4.634e-11).

La fréquence de travail avec des personnes présentant des troubles de la déglutition n'influence pas le sentiment d'anxiété. Un professionnel qui travaille tous les jours avec une personne présentant des troubles de la déglutition a autant de chance d'être anxieux qu'une personne qui ne travaille avec elle que de temps en temps (Z.test : p value = 0,97 ; khi^2 : p .value = 0,87).

La présence d'un orthophoniste au sein de l'établissement n'a pas de lien avec le sentiment de confiance, bien que la p -value de notre Z test soit très faible (0,05803).

Parmi les 325 personnes qui estiment qu'avoir une responsabilité professionnelle en cas de décès à la suite d'une fausse route influence leur façon de travailler, 151 proposent davantage de textures modifiées. 58%

d'entre elles font partie des personnes anxieuses face aux troubles de la déglutition. Le sentiment d'anxiété semble donc influencer les pratiques professionnelles. En revanche, nous ne savons pas si les professionnels estiment que leur anxiété influence leur façon de travailler.

Connaissances des répondants face aux troubles de la déglutition

Quatre thématiques ont été abordées concernant les connaissances : « caractérisation et repérage des troubles de la déglutition », « connaissance théorique », « réponses face aux troubles » et « conséquences des troubles ».

Caractérisation et repérage des troubles de la déglutition

Quatre items permettent d'évaluer cette thématique : les items A, B et E de la question 9 (vrai/faux), ainsi que la question 10 (identification

des symptômes, figure 5). Nous relevons 62% de réponses correctes en moyenne mais nous notons des disparités selon les items :

- 91% des répondants savent qu'il est possible d'avoir des troubles de la déglutition sans faire de fausses routes.
- 85% connaissent l'existence des fausses routes silencieuses.
- 75% des répondants pensent qu'il y a une corrélation entre « l'importance de la toux » et « l'importance de la fausse route ».
- Seuls 48% des professionnels ont correctement identifié plus de la moitié des symptômes des troubles de la déglutition.
- Seuls 30% des professionnels ont identifié la fièvre parmi les symptômes de troubles de la déglutition.

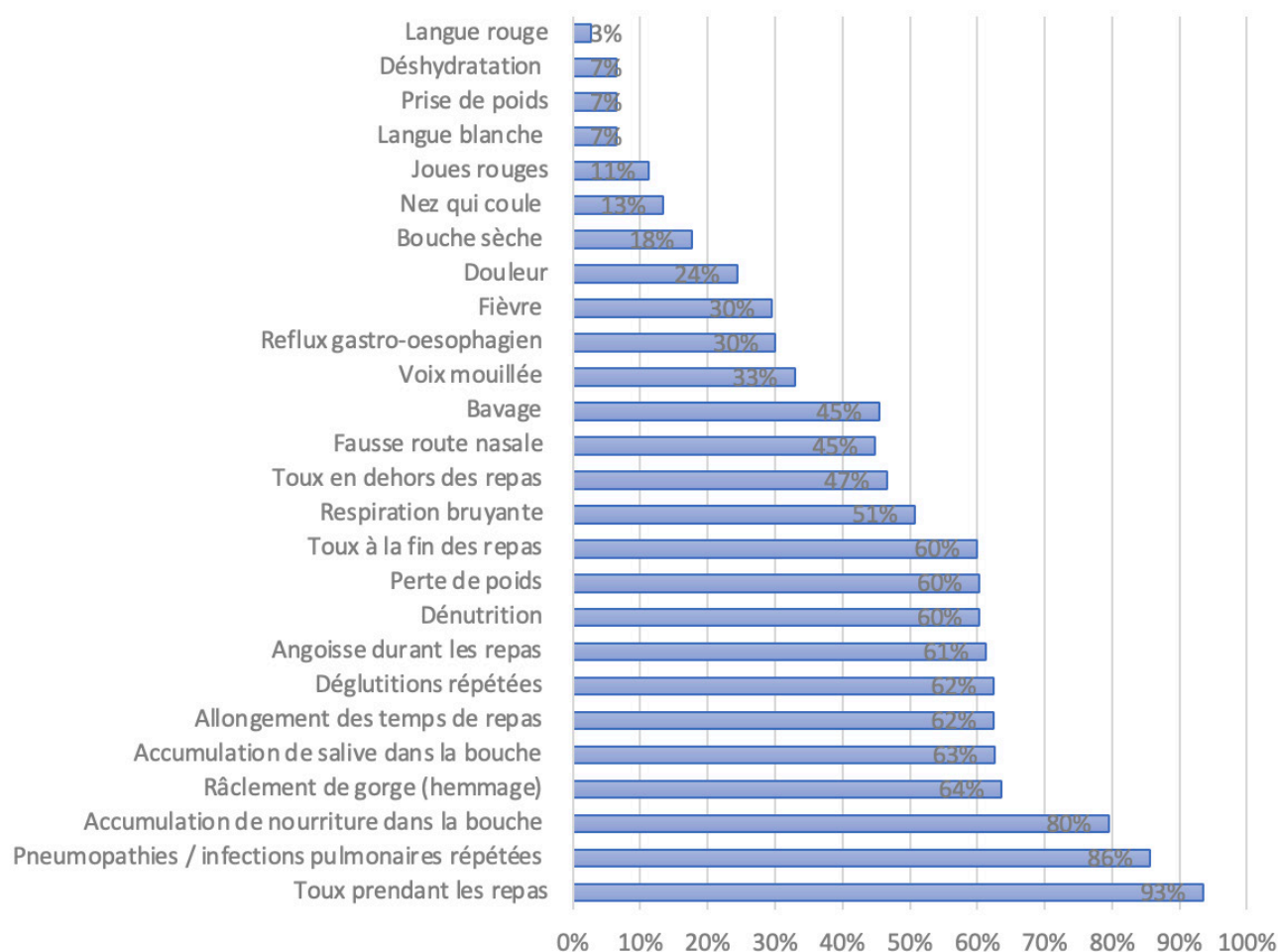


FIGURE 5 : Symptômes des troubles de la déglutition identifiés par les professionnels.

Connaissances théoriques au sujet des troubles de la déglutition

Trois items permettaient d'évaluer cette thématique : l'item C de la question 9 (vrai/faux), la question 13 (identification des professionnels pouvant poser le diagnostic de troubles de la déglutition), et la question 14 (identification des personnes pouvant décider de l'adaptation des textures). 9% de réponses correctes sont relevées en moyenne :

- 7% des répondants seulement ont répondu correctement à l'item concernant la presbyphagie.
- 2% des personnes ont correctement identifié tous les professionnels pouvant diagnostiquer des troubles de la déglutition.
- 18% des répondants ont correctement identifié toutes les personnes pouvant décider des adaptations de textures alimentaires et hydriques.

Réponses face aux troubles de la déglutition

Quatre items permettaient d'évaluer cette thématique : question 9 item D (vrai/faux), la question 16 (évaluation de la pertinence des missions que s'attribue chaque professionnel face aux troubles de la déglutition), et la question 12 en deux parties (mise en place d'adaptations de textures). Nous relevons 38% de réponses correctes en moyenne.

Seuls 37% des répondants savent que les troubles de la déglutition ne s'accompagnent pas nécessairement d'adaptation de textures alimentaires et hydriques.

Les soignants identifient mal leur propre champ de compétences face aux troubles de la déglutition : ils n'identifient correctement qu'en moyenne 28% des missions concernant les troubles de la déglutition faisant partie de leur champ de compétences, avec de grandes différences selon les professions. Ce sont les médecins qui identifient le mieux leurs missions (55% de missions correctement identifiées), suivis des orthophonistes (46% de missions correctement identifiées). 6 aides-soignants ont sélectionné la prescription de textures modifiées comme faisant partie de leurs missions, 10 ont sélectionné le diagnostic des troubles.

Notre questionnaire nous permet de relever des fausses croyances :

- 12% des répondants ont sélectionné « discuter avec le résident durant le repas »
- 27% des répondants pensent qu'il est pertinent de faire « pencher la tête en arrière » en cas de troubles de la déglutition
- 51% pensent que les verres à becs/canard sont pertinents
- 59% pensent que l'utilisation de la paille est pertinente en cas de troubles de la déglutition

Conséquences des troubles de la déglutition

Quatre items permettaient d'évaluer les connaissances qu'ont les professionnels concernant les conséquences (figure 6) : la question 11 (conséquences directes des troubles de la déglutition), et la question 15 divisée en trois items

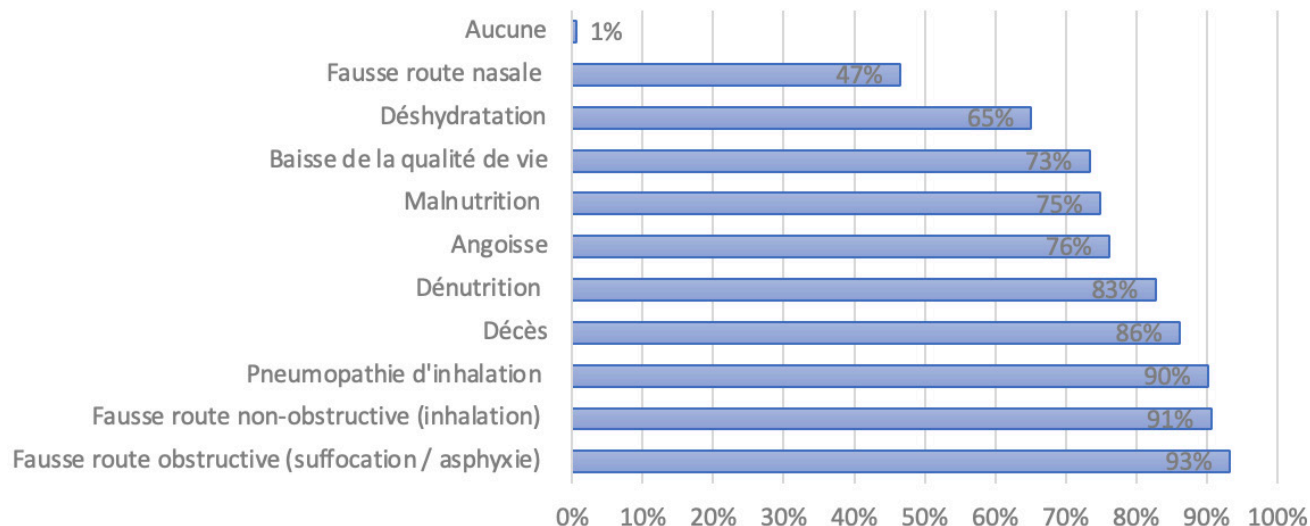


FIGURE 6 : Identification des conséquences des troubles de la déglutition par les professionnels.

(conséquences des textures modifiées). Nous relevons 45% de réponses correctes en moyenne concernant cette thématique.

5% seulement des professionnels ont identifié le risque de fausses routes avec des textures modifiées. La pertinence de la modification de textures alimentaires dans le cadre des troubles de la déglutition ne semble pas remise en question.

Synthèse des connaissances des répondants au sujet des troubles de la déglutition

En moyenne, sur les quatre thématiques abordées, nous relevons 38% de réponses correctes avec de grandes disparités en fonction des questions. La thématique la mieux maîtrisée est celle concernant la caractérisation et le repérage des troubles de la déglutition (figure 7).

Les personnes formées ont obtenu en moyenne 45% de réponses correctes (6,36/14) et les personnes non formées en moyenne 41% (5,75/14). Les personnes formées ont significativement de meilleurs résultats que les personnes non formées ($Z.test : p-value = 0.0001712$).

Perception des adaptations par les professionnels des EHPAD

Importance accordée aux différentes adaptations

En cas de troubles de la déglutition, diverses adaptations et actions peuvent être proposées afin de pallier les troubles de la déglutition. Il a été demandé aux répondants de classer chaque proposition d'adaptation de « peu important » à

« très important ». Certaines adaptations semblent avoir plus d'importance, comme les adaptations de posture et la modification des textures alimentaires. Certaines adaptations inappropriées semblent également avoir de l'importance, comme l'utilisation d'un verre canard jugée importante par 44% de l'effectif (tableau 9).

75% des répondants pensent que des adaptations sont nécessaires immédiatement en cas de troubles de la déglutition suspectés.

Perception des modifications de textures alimentaires par les professionnels des EHPAD

82% des professionnels interrogés déclarent avoir déjà goûté les textures modifiées mais nous n'avons pas d'information concernant leur ressenti. Ce nombre varie légèrement en fonction des professions.

80% des répondants ont identifié des bénéfices et des inconvénients aux textures modifiées [$IC : 0.765; 0.835$]. Ce nombre varie en fonction des professions : 70% pour les aides-soignants, 72% pour les cadres, 86,5% pour les infirmiers et 89% pour les médecins. 6 personnes (soit 1% des répondants) n'ont identifié ni bénéfice ni inconvénient.

Perception des bénéfices de la modification des textures alimentaires par les professionnels des EHPAD

Les 96% des répondants ayant identifié des bénéfices (dont 16% des bénéfices uniquement) ont sélectionné les réponses qui leur semblaient

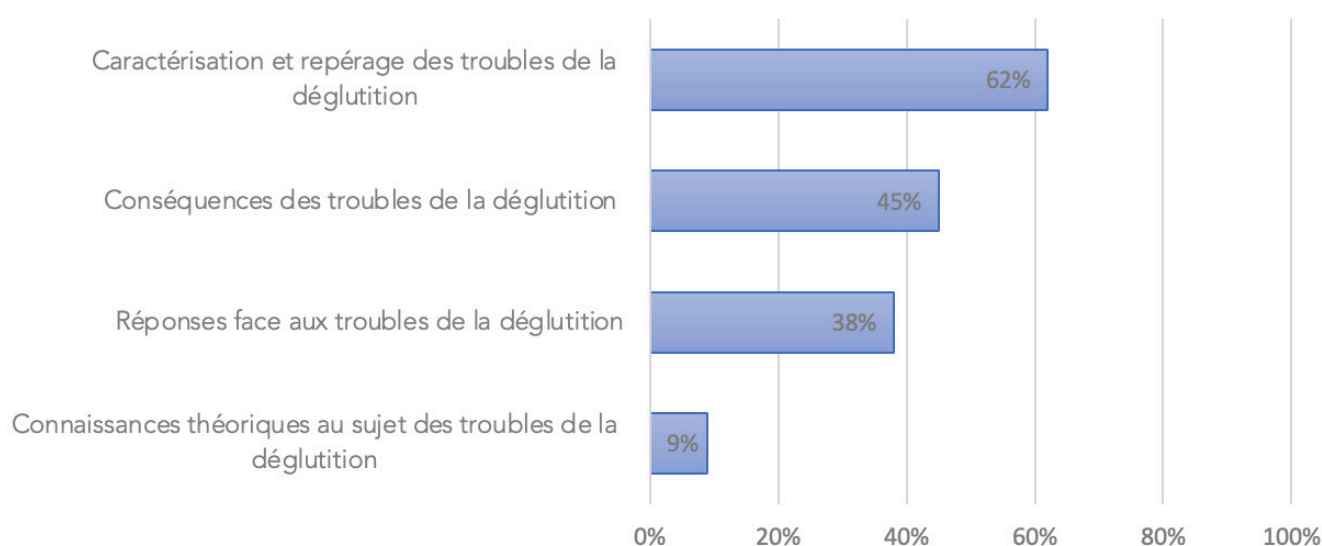


FIGURE 7 : Synthèse des connaissances en fonction des thématiques abordées.

TABEAU 9 : Répartition de l'importance de chaque adaptation proposée pour les professionnels.

	« Assez important » à « Très important »	« Peu important » à « Non pertinent »	« Ne sait pas »
Concertation en équipe	97%	3%	1%
Adaptation de la posture	95%	4%	1%
Textures modifiées	94%	6%	0%
Demander un bilan médical	88%	10%	2%
Demander un bilan orthophonique	87%	10%	3%
Épaississement des boissons	79%	20%	1%
Demander un bilan diététique	76%	19%	5%
Adaptation de l'environnement	73%	23%	4%
Demander un bilan ergothérapique	70%	25%	5%
Mixer les aliments	68%	30%	2%
Utilisation de verres à encoches nasales	65%	24%	11%
Choix de couverts adaptés	64%	31%	5%
Utilisation de paille	51%	42%	7%
Utilisation de verres à bec/verres canards	44%	48%	8%
Demander un bilan kinésithérapique	42%	48%	10%
Mise en place de compléments nutritionnels oraux	40%	53%	8%
Utilisation de tapis antidérapant	40%	51%	9%
Alimentation artificielle totale ou partielle (sonde nasogastrique)	11%	75%	14%
Faire pencher la tête en arrière	8%	73%	19%

justes parmi les propositions (figure 8). Ils ont identifié en moyenne 2,68 bénéfices sur les 5 possibles.

Perception des inconvénients de la modification des textures alimentaires par les professionnels des EHPAD

Les 82% des répondants ayant identifié des inconvénients (dont 2% des inconvénients uniquement) pouvaient sélectionner les réponses qui leur semblaient justes (figure 9). Les répondants ont identifié en moyenne 1,95 inconvénients sur les 5 possibles. 3 répondants ont précisé « refus de s'alimenter » dans la modalité « autre ».

Formation des professionnels des EHPAD et identification des risques associés à la modification des textures alimentaires

Le fait d'être formé ne permet pas plus d'identifier le risque de fausses routes non obstructives qui subsiste avec les textures modifiées (Z.test : $p\text{-value} = 0,11$).

Perception de la responsabilité professionnelle et répercussion sur les pratiques professionnelles

Responsabilité professionnelle estimée par les répondants en cas de fausse route obstructive entraînant un décès

La figure 10 expose les réponses sélectionnées par les répondants concernant leur représentation de la responsabilité juridique en cas de fausse route entraînant un décès.

Les réponses sont plus nettes en ce qui concerne la responsabilité morale estimée (figures 11 et 12).

Responsabilité professionnelle estimée par les répondants en cas de pneumopathie d'inhalation entraînant un décès

La figure 13 expose les représentations des répondants concernant leur responsabilité juridique en cas de pneumopathies d'inhalations entraînant un décès.

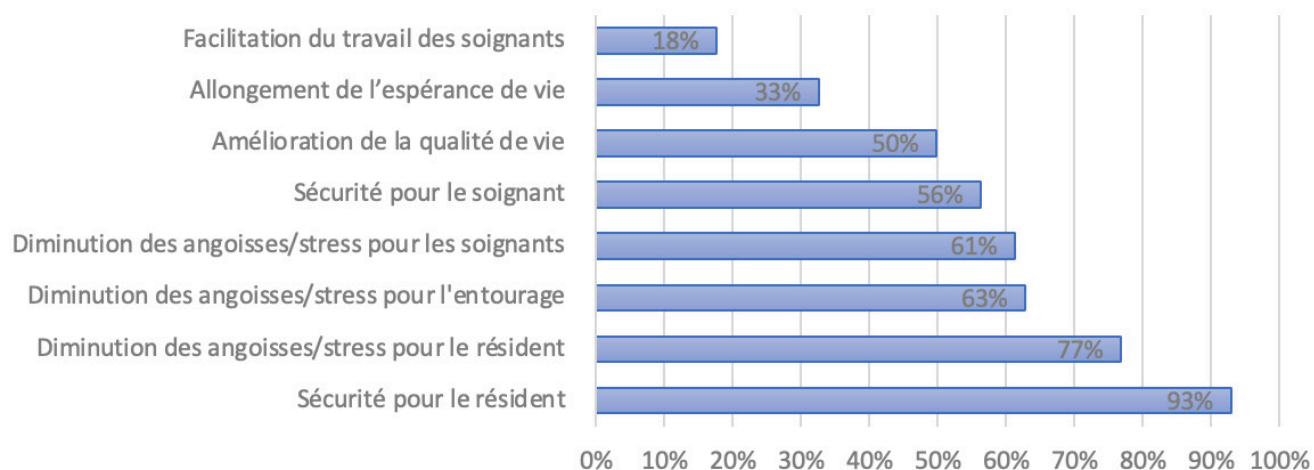


FIGURE 8 : Identification des bénéfices des textures modifiées par les professionnels.

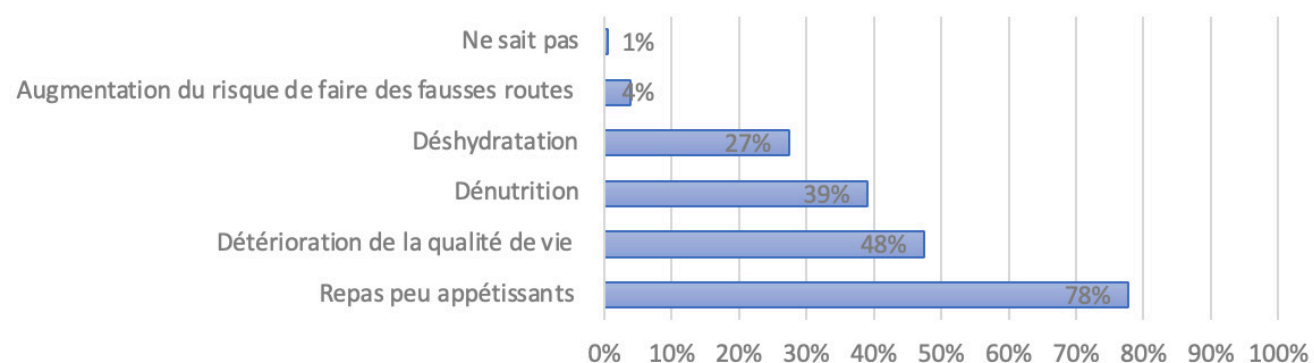


FIGURE 9 : Identification des inconvénients des textures modifiées par les professionnels.

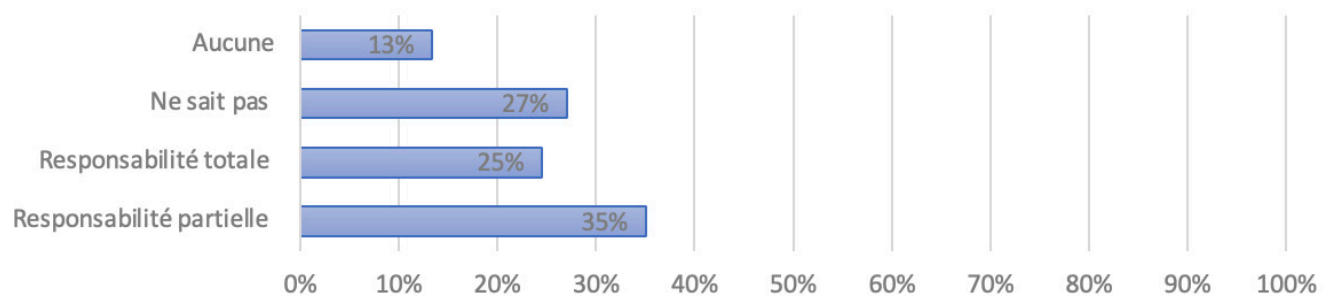


FIGURE 10 : Perception de la responsabilité juridique envisagée par les professionnels en cas de fausse route obstructive entraînant le décès d'un résident.

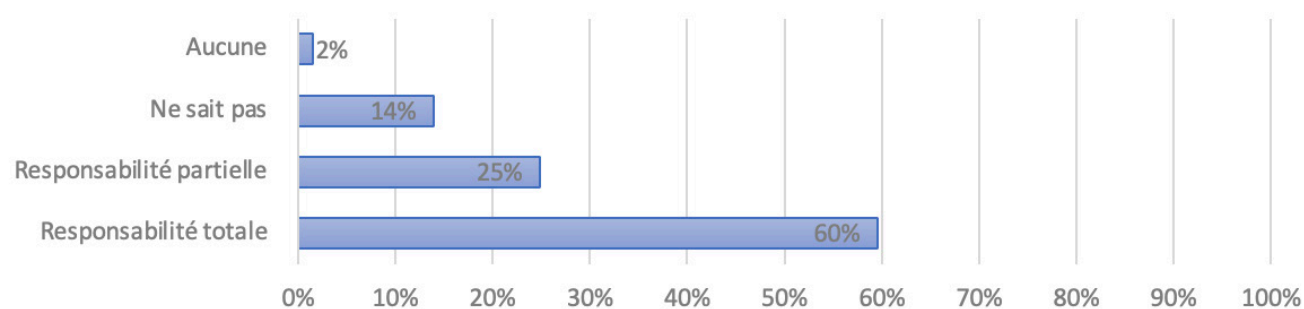


FIGURE 11 : Perception de la responsabilité morale envisagée par les professionnels en cas de fausse route obstructive entraînant le décès d'un résident.

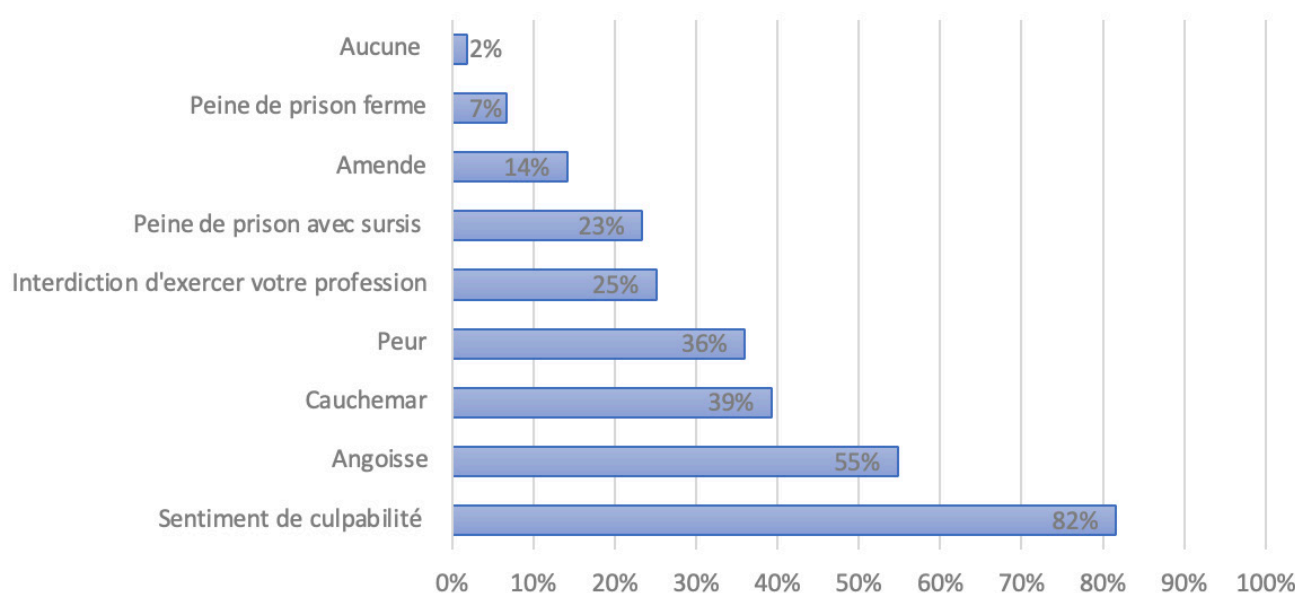


FIGURE 12 : Conséquences envisagées par les professionnels en cas de fausse route obstructive entraînant le décès d'un résident.

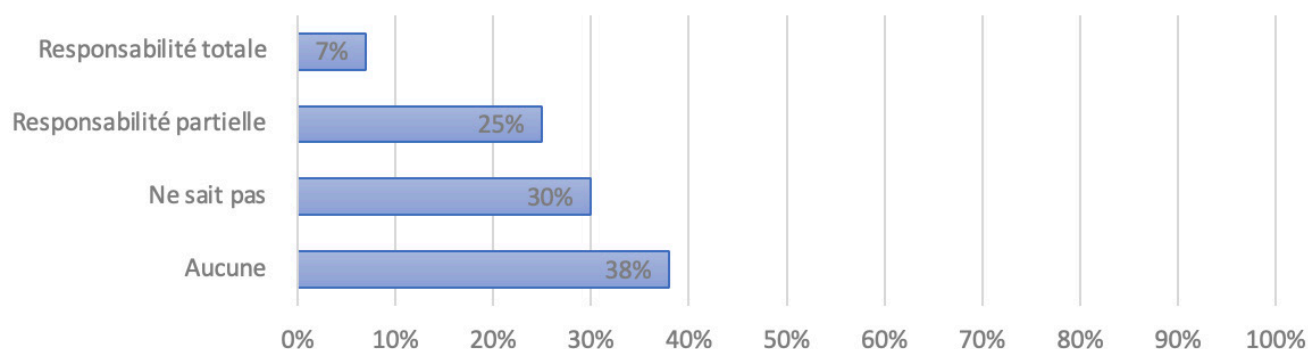


FIGURE 13 : Perception de la responsabilité juridique envisagée par les professionnels en cas de pneumopathie d'inhalation entraînant le décès d'un résident.

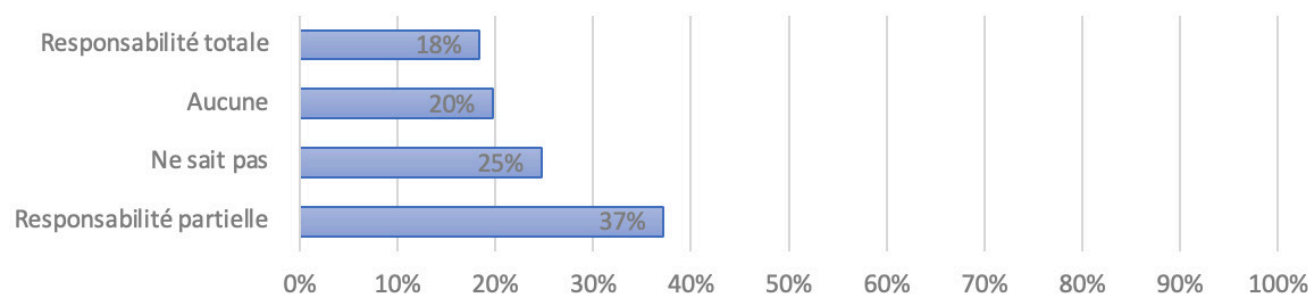


FIGURE 14 : Perception de la responsabilité morale envisagée par les professionnels en cas de pneumopathie d'inhalation entraînant le décès d'un résident.

Nous avons également interrogé les représentations des professionnels concernant leur responsabilité morale en cas de pneumopathie d'inhalation entraînant un décès (figure 14).

Une plus grande proportion de personnes ignore quelle peut être leur responsabilité morale en cas de pneumopathie d'inhalation par rapport à la proportion qui l'ignore en cas de fausse route obstructive (figure 15).

La perception de la responsabilité professionnelle n'est pas la même en fonction des conséquences des troubles de la déglutition, que ce soit du point de vue juridique ou moral. Les professionnels se sentent plus responsables juridiquement et moralement en cas de fausse route obstructive.

Répercussion de la responsabilité professionnelle estimée par les répondants sur leurs pratiques

73% (soit 325) des personnes pensant qu'il y a une responsabilité en cas de décès à la suite d'une fausse route obstructive estiment que cette responsabilité potentielle influence leur façon de travailler.

La figure 16 représente les modifications de comportement identifiées par les professionnels. 14 personnes ont ajouté « vigilance accrue » dans la modalité « autre ».

61% (soit 182) des personnes pensant qu'il y a une responsabilité en cas de décès à la suite d'une fausse route obstructive estiment que cette responsabilité potentielle influence leur façon de travailler.

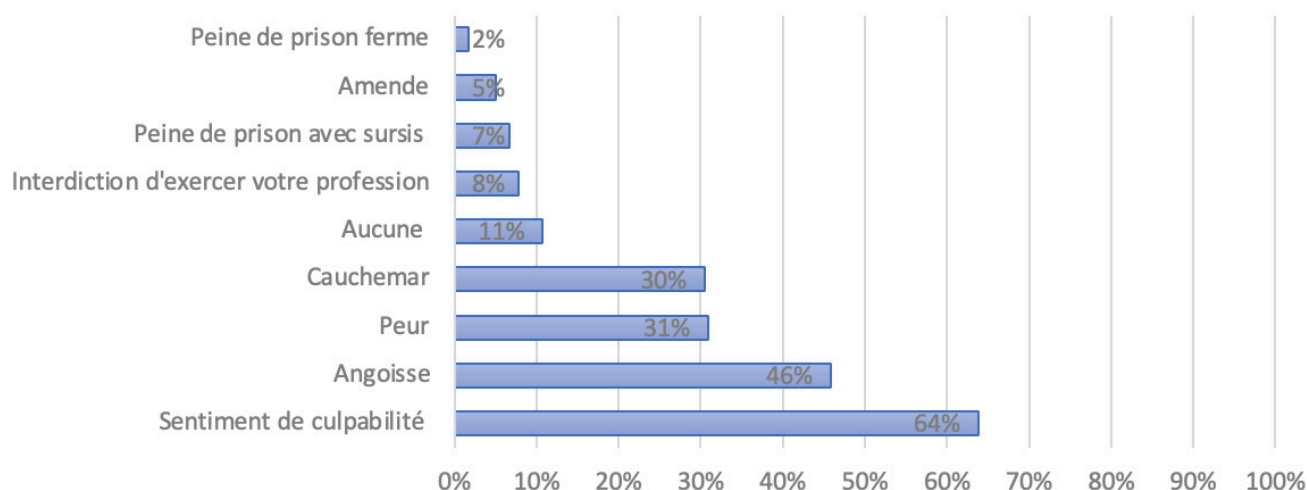


FIGURE 15 : Conséquences envisagées par les professionnels en cas de pneumopathie d'inhalation entraînant le décès d'un résident.

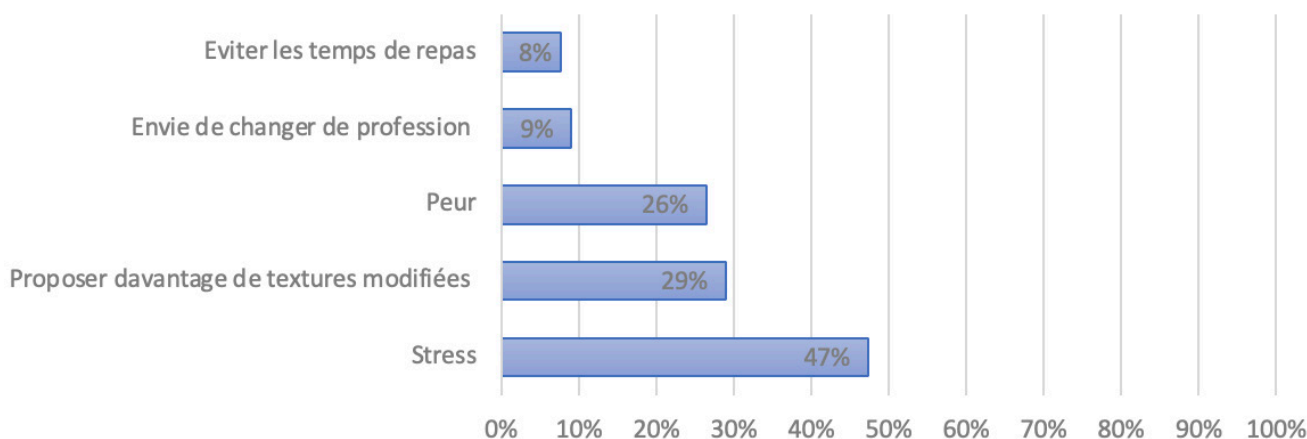


FIGURE 16 : Modifications de comportement identifiées par les professionnels, liées à la perception d'une responsabilité morale et/ou juridique en cas de décès causé par une fausse route obstructive.

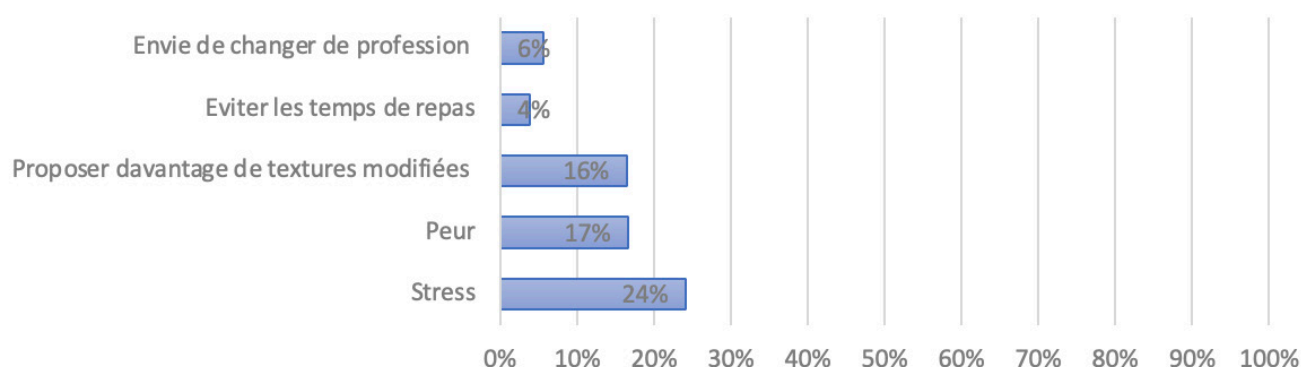


FIGURE 17 : Modifications de comportement identifiées par les professionnels, liées à la perception d'une responsabilité morale et/ou juridique en cas de décès causé par une pneumopathie d'inhalation.

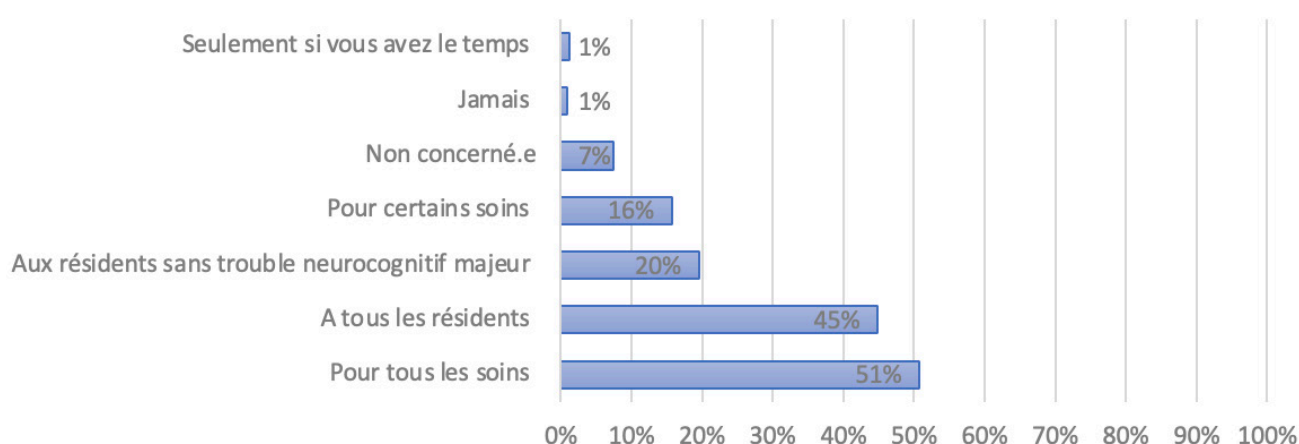


FIGURE 18 : Réponses des professionnels au sujet de leur pratique concernant la recherche de consentement éclairé en général chez les résidents.

La figure 17 représente les modifications de comportement estimées par les professionnels. 13 personnes ont ajouté « vigilance accrue » dans la modalité « autre ».

La responsabilité morale et juridique perçue par les soignants en cas de fausse route influence davantage les pratiques professionnelles que la perception de la responsabilité morale et juridique en cas de pneumopathie d'inhalation.

Données relevées concernant la recherche du consentement éclairé chez les résidents

97% des répondants savent que la modification des textures alimentaires constitue un soin.

96% des répondants accordent de l'importance à la demande de consentement de manière générale. 72% savent qu'il y a une obligation légale à le demander à tous les résidents et pour tous les soins.

À la question 31 qui interrogeait les professionnels concernant leur réaction face à un cas clinique, 53%

uniquement des professionnels ont sélectionné la modalité « demander son avis à Mme M » avant la mise en place d'adaptation de textures. Cela concernait 55% des infirmiers et 39% des aides-soignants. Davantage de personnes formées ont coché « demander son avis à Mme M » mais notre analyse ne trouve pas de différence significative entre ces deux populations (*Z.test* : *p-value* = 0.05664).

À la question 14 « Qui décide de la mise en place des adaptations ? », seuls 25% des répondants (soit 132 personnes) ont sélectionné « le résident » parmi leurs réponses. 42% de ces répondants uniquement sont formés. Il n'y a pas de différence significative entre les proportions de personnes formées et non-formées (*Z.test* : *p-value* = 0.09818).

Le fait d'être formé aux troubles de la déglutition ne semble pas influencer la recherche de consentement éclairé (figure 18).

Il y a des différences interprofessionnelles concernant ces résultats : 38% des aides-soignants seulement recherchent le consentement de tous les résidents. 57% le font pour tous les soins.

47% des infirmiers recherchent le consentement de tous les résidents et 53% le font pour tous les soins.

Parmi les 234 personnes qui disent demander le consentement à tous les résidents, 103 sont formées. Il n'y a pas statistiquement plus de personnes formées qui demandent le consentement à tous les résidents ($p\text{-value} = 0.07756$).

La figure 19 met en évidence les réponses des professionnels concernant la recherche de consentement éclairé au sein de leur établissement avant la modification des textures alimentaires. Ce dernier n'est pas systématiquement demandé à tous les résidents.

Données relevées concernant les pratiques professionnelles des répondants

Les graphiques ci-dessous exposent les réponses sélectionnées par les professionnels aux questions 31, 32 et 33 qui recueillaient leurs réactions face à des cas cliniques (figures 20, 21, 22).

Synthèse concernant le consentement éclairé en EHPAD

96% des professionnels interrogés accordent de l'importance au consentement. 72% savent par ailleurs qu'il y a une obligation légale à le demander. Cependant 51% seulement déclarent le demander pour tous les soins. Seuls 20% des répondants demandent le consentement de tous les résidents avant la mise en place de textures modifiées.

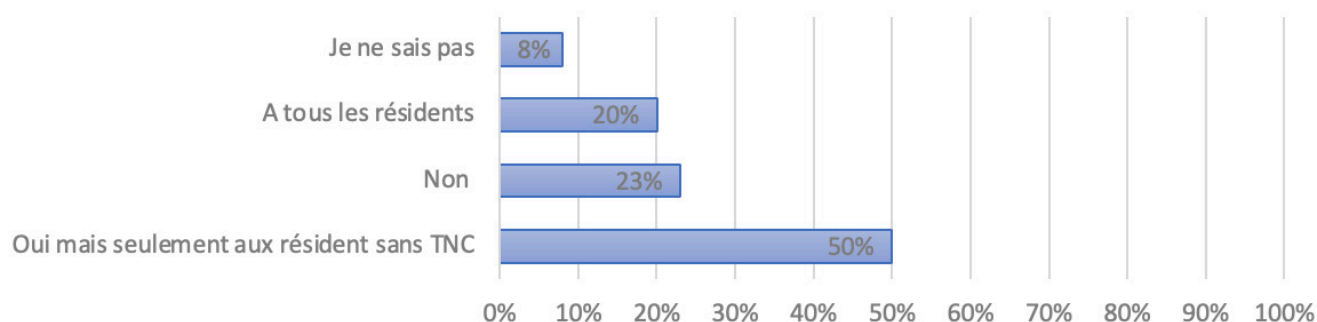


FIGURE 19 : Réponses des professionnels au sujet des pratiques au sein de leur EHPAD concernant la recherche de consentement éclairé avant la modification des textures alimentaires et hydriques.

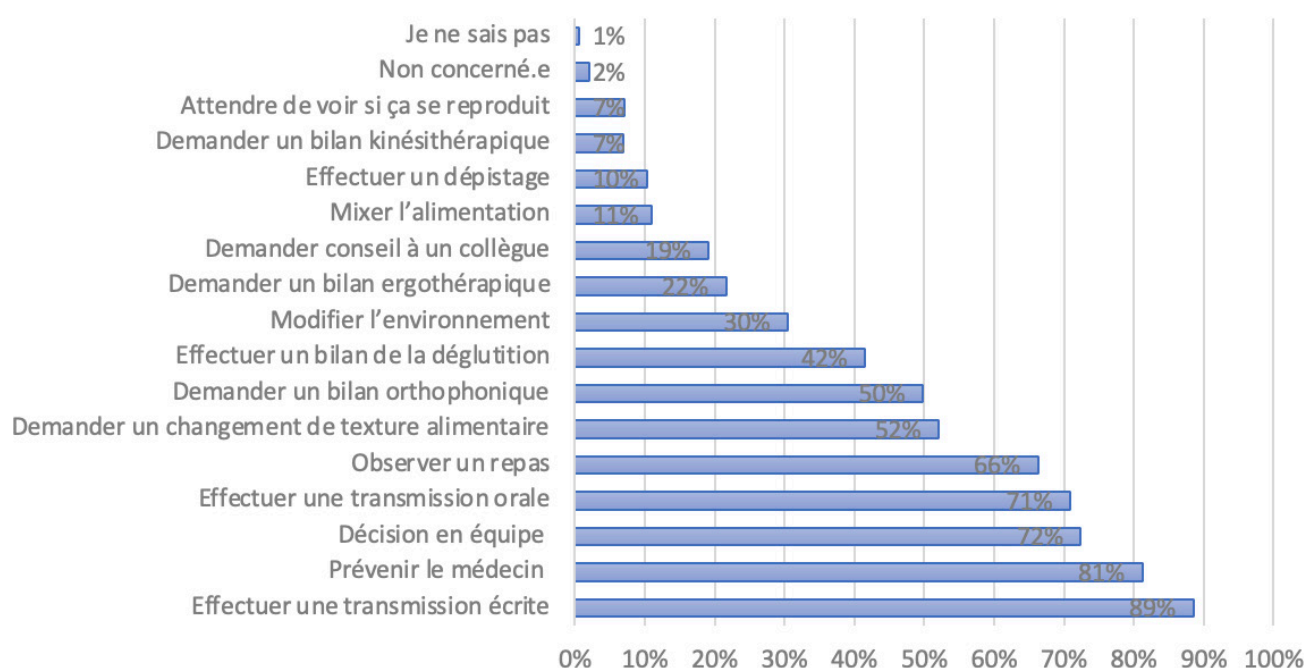


FIGURE 20 : Réponses des professionnels face à la situation suivante : « Mme M, résidente de 92 ans avec une maladie de Parkinson présente plusieurs signes de fausses routes depuis quelques semaines en votre présence. Que faites-vous ? »

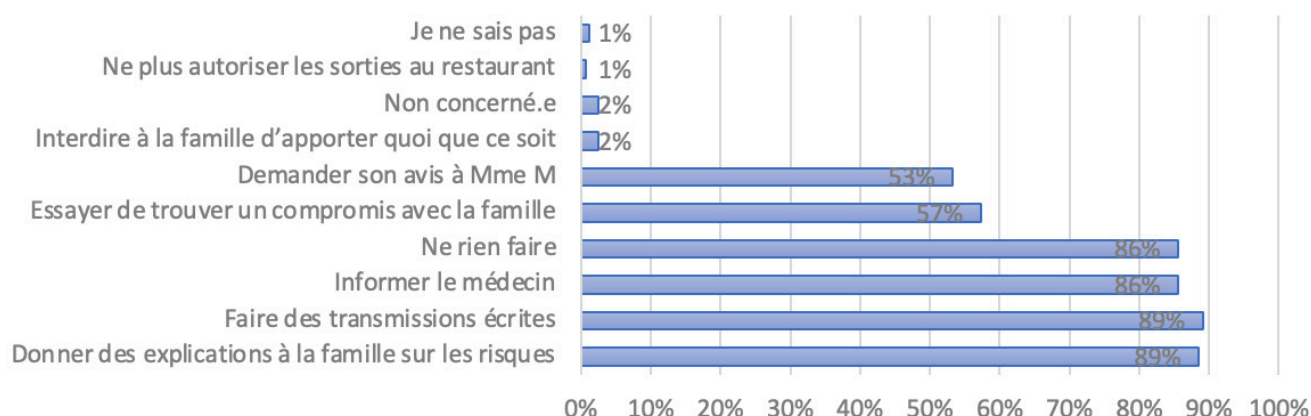


FIGURE 21 : Réponses des professionnels face à la suite du cas : « Le médecin a préconisé la mise en place de textures mixées pour cette même patiente car ces fausses routes l'interpellent mais ne prescrit aucun bilan de déglutition. La famille n'est pas d'accord avec cette décision et apporte régulièrement des aliments non modifiés (chocolats, biscuits, etc.) et l'emmène régulièrement au restaurant, malgré plusieurs remarques et mises en garde de vos collègues. Que faites-vous ? »

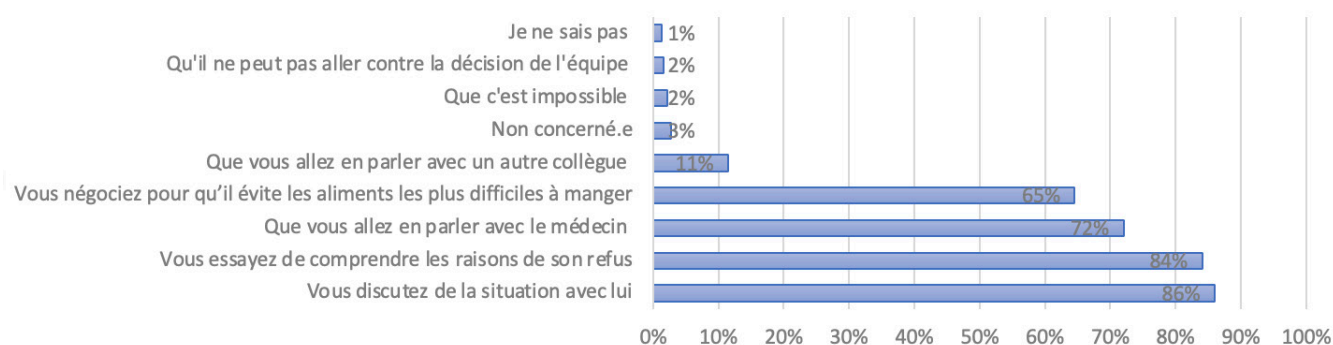


FIGURE 22 : Réponses des professionnels face au cas clinique « M. S, résident de 83 ans, présente des troubles de la déglutition suite à son AVC. Il souhaite cependant manger avec sa famille et refuse toute adaptation. Que lui répondriez-vous ? »

DISCUSSION

Cette étude s'intéresse aux connaissances et aux représentations des professionnels des EHPAD concernant les troubles de la déglutition, leurs adaptations et les implications juridiques. Elle interroge également la place de la recherche de consentement éclairé avant la mise en place de textures modifiées et le lien éventuel qu'elle aurait avec le niveau de connaissances des professionnels. La finalité de notre travail est la construction de formations à partir des thématiques prioritaires mises en exergue avec cette étude et de répondre au mieux aux besoins de formation des professionnels des EHPAD.

Des connaissances concernant les troubles de la déglutition et les modifications de textures incomplètes chez des professionnels peu formés et anxieux face à ces troubles

Hypothèse opérationnelle 1.1 : Les connaissances des professionnels des EHPAD au sujet des troubles de la déglutition et des adaptations sont incomplètes

Notre étude met en évidence une grande hétérogénéité des savoirs. Les lacunes identifiées concernent cependant toutes les thématiques abordées. Nous nous demandons si des modifications de textures sont par conséquent proposées sans nécessité.

D'autre part, nous avons relevé que les professionnels s'attribuent des missions hors de

leur champ de compétences. Il est possible qu'il leur soit demandé de réaliser des missions n'en faisant pas partie, ce qui expliquerait ces données. De nouvelles recherches pourraient explorer ces points.

Enfin, nous avons relevé plusieurs fausses croyances. Des actions de prévention s'imposent pour influencer sur ces idées reçues.

Ces résultats sont similaires à ceux trouvés dans les études de Meriau (2013) et Hermabessière et al. (2019). Ils viennent confirmer la nécessité et la pertinence des formations, notamment pour affiner les connaissances des professionnels des EHPAD. Ces formations pourront aborder les différentes thématiques présentes dans ce questionnaire.

Hypothèse opérationnelle 1.2 : Les professionnels des EHPAD ne se sentent pas confiants face aux troubles de la déglutition

L'anxiété relative aux troubles de la déglutition relevée dans cette étude correspond également aux données de la littérature (Hermabessière et al., 2019 ; Meriau., 2013 ; Rangira et al., 2022). 56% des répondants se sentent formés. Cependant, si nous prenons en considération l'intervalle de confiance, nous pouvons considérer que ce sentiment ne concerne qu'une personne sur deux. Ce nombre est insuffisant pour conclure que les professionnels se sentent suffisamment formés.

Nos résultats montrent que les formations améliorent le sentiment de formation. Il y a par ailleurs une corrélation entre le fait d'être formé et le sentiment d'anxiété. Ce dernier est significativement plus présent parmi les personnes non formées. Les formations permettent d'atténuer le sentiment d'anxiété face aux troubles de la déglutition, ce qui démontre leur pertinence.

Il y a par ailleurs une volonté de formation chez les professionnels des EHPAD.

Hypothèse opérationnelle 1.3 : Les professionnels des EHPAD n'identifient pas tous les inconvénients de la modification des textures

Si les professionnels identifient bien que les modifications s'accompagnent d'inconvénients, ils identifient mal lesquels. De plus, notre questionnaire induit l'existence de ces inconvénients du fait de la présentation de la question, ce qui vient davantage interroger les représentations des professionnels. La pertinence de la modification des textures

alimentaires ne semble pas remise en question par nos répondants. Les réponses aux questions concernant les bénéfices des modifications de textures nous indiquent que les professionnels associent ces textures modifiées à la notion de sécurité pour les résidents, mais aussi pour eux. Nous nous demandons par conséquent si cette sensibilisation aux inconvénients fait partie des formations actuelles.

Ces données rejoignent celles de l'étude de O'Keeffe et al. (2023) affirmant que la pertinence de la modification des textures n'est pas remise en question, ainsi que les informations retrouvées dans l'article de Foureur et Fournier (2020).

Il nous semble donc pertinent de sensibiliser les professionnels des EHPAD aux risques multiples associés à la modification des textures.

Hypothèse opérationnelle 1.4 : Les professionnels des EHPAD accordent plus d'importance aux textures modifiées qu'aux autres adaptations possibles dans le cadre des troubles de la déglutition

La modalité de réponse permettait de sélectionner toutes les adaptations sans classer leur importance. Il nous est par conséquent impossible de déterminer l'ordre de pertinence des adaptations perçu par les professionnels et donc de valider notre hypothèse. Cependant, de nouvelles recherches seraient intéressantes, car il semble que les professionnels accordent beaucoup d'importance à la modification des textures alimentaires.

Nous pensons par ailleurs que cela pouvait s'expliquer par le fait que les professionnels ne goûtaient pas les textures modifiées. Or, 97% des professionnels en ont déjà goûté. Toutefois, nous n'avons pas interrogé leur impression concernant la modification des textures. Cela aurait été pertinent afin de connaître les représentations des professionnels à ce sujet.

Une recherche de consentement éclairé chez les résidents non systématiquement effectuée par les professionnels des EHPAD

Hypothèse opérationnelle 2.1 : La perception de la responsabilité professionnelle et les connaissances juridiques des professionnels conditionnent leur réflexion concernant l'intérêt de la mise en place de textures adaptées

Cette hypothèse ne peut pas être validée, car nous n’avons pas interrogé explicitement le lien entre les connaissances et les pratiques professionnelles. Les professionnels estiment que leur responsabilité professionnelle supposée (morale et/ou juridique) en cas de décès causé par une fausse route obstructive influence leur pratique. Dans cette optique, les textures modifiées peuvent être proposées plus facilement. Il y a par ailleurs davantage de personnes anxieuses qui ont tendance à modifier leur comportement face aux troubles, même si ce n’est pas statistiquement démontré.

La proposition de formations abordant les implications juridiques avant la modification de textures alimentaires semble nécessaire. Par ailleurs, les formations peuvent atténuer le sentiment d’anxiété.

Hypothèse opérationnelle 2.2 : Le consentement n’est pas systématiquement recherché dans la mise en place de textures modifiées

Bien qu’il soit important pour la majorité des répondants, le consentement ne semble pas recherché systématiquement avant la modification des textures alimentaires, puisqu’il n’est pas demandé à tous les résidents au sein des EHPAD. De plus, le biais de désirabilité sociale présent dans les questions concernant le consentement pourrait induire des réponses ne reflétant pas la réalité. Par ailleurs, il semble que le consentement ne soit que peu recherché chez les résidents

présentant des TNC majeurs. Ces données sont par ailleurs similaires à celles exposées dans l’article de O’Keeffe et al. (2023).

Nos analyses nous indiquent qu’il n’y a pas de différence significative entre le nombre de personnes formées qui demandent le consentement et le nombre de personnes non formées. Nous nous demandons par conséquent si la recherche de consentement est une thématique abordée dans les formations actuellement proposées au sujet des troubles de la déglutition. Il est nécessaire d’aborder la notion de consentement éclairé lors des formations, et de futures recherches pourraient évaluer l’évolution des pratiques professionnelles.

Synthèse concernant nos hypothèses

Le tableau 10 présente la synthèse de nos hypothèses.

Les résultats mis en exergue avec notre première hypothèse générale nous interpellent : le manque de formations proposées aux professionnels des EHPAD a un impact sur les connaissances de ces derniers mais aussi sur leurs sentiments face aux troubles de la déglutition. Notre questionnaire a mis en lumière un sentiment d’anxiété marqué face aux troubles de la déglutition chez les professionnels des EHPAD. De plus, certaines fausses croyances persistent et affectent le quotidien des personnes âgées institutionnalisées. Les professionnels identifient mal leur champ de compétences dans le cadre des troubles de la déglutition. Ils ne perçoivent pas l’ensemble des inconvénients de la modification des textures alimentaires et notamment le risque de faire des fausses routes

TABEAU 10 : Synthèse des hypothèses générales.

Hypothèse générale 1 : les connaissances des professionnels concernant les troubles de la déglutition et les adaptations sont incomplètes.	Les connaissances des professionnels des EHPAD au sujet des troubles de la déglutition et des adaptations sont incomplètes	Validée
	Les professionnels des EHPAD ne se sentent pas confiants face aux troubles de la déglutition	Validée
	Les professionnels des EHPAD n’identifient pas tous les inconvénients de la modification des textures	Validée
	Les professionnels des EHPAD accordent plus d’importance aux textures modifiées qu’aux autres adaptations possibles dans le cadre des troubles de la déglutition	Ni validée ni invalidée
Hypothèse générale 2 : la recherche du consentement éclairé des résidents n’est pas systématiquement effectuée par les professionnels des EHPAD concernés avant la modification des textures alimentaires	La perception de la responsabilité professionnelle et les connaissances juridiques des professionnels conditionnent leur réflexion concernant l’intérêt de la mise en place de textures adaptées	Ni validée ni invalidée
	Le consentement n’est pas systématiquement recherché dans la mise en place de textures modifiées	Validée

non obstructives. Il est, par conséquent, impossible pour les professionnels concernés de répondre systématiquement de façon adaptée aux besoins des résidents présentant des troubles de la déglutition.

Les données relevées concernant notre deuxième hypothèse générale nous indiquent que la recherche de consentement n'est pas systématique avant la mise en place de textures alimentaires modifiées. De plus, un flou juridique est présent concernant la notion de responsabilité professionnelle. Cependant, les professionnels accordent de l'importance à cette recherche de façon générale, nous pouvons penser que davantage de formation permettraient aux professionnels des EHPAD d'être plus attentifs à ces questions.

Notre étude démontre qu'il est primordial et nécessaire de proposer davantage de formations aux professionnels des EHPAD. Cela concorde par ailleurs avec une nette volonté de formation et un vif intérêt vis-à-vis de cette thématique relevée chez ces derniers. Plusieurs personnes ont notamment exprimé leur regret de ne pas avoir d'orthophoniste au sein de leur établissement et de manquer de moyen pour accompagner correctement les personnes présentant des troubles de la déglutition. Ces formations doivent contenir des données théoriques au sujet des troubles de la déglutition mais également au sujet des modifications des textures alimentaires. Il est nécessaire de revenir sur les missions inhérentes à chaque profession. Les formations doivent par ailleurs inclure des données concernant les implications juridiques liées à la prise en soin des troubles de la déglutition. Enfin, des informations concernant l'obligation de la recherche de consentement éclairé doivent être incluses.

Limites de l'étude

Il faut rester prudent concernant les résultats de cette étude, car elle comporte certains biais et limites. Si notre étude permet de conclure que la recherche de consentement n'est pas systématique, des recherches plus approfondies restent nécessaires afin d'identifier tous les leviers à l'origine de ces pratiques professionnelles. Notre étude met par exemple en évidence une insatisfaction du temps accordé à chaque résident lors des repas chez 65% des professionnels. Il y a donc certainement des contraintes sur lesquelles les formations ne pourront pas intervenir.

La construction de notre questionnaire pourrait être repensée afin de répondre aux interrogations qui subsistent. Il pourrait être davantage orienté vers les questions en lien avec les freins à la recherche de consentement et aborder explicitement la notion de refus de soin. De plus, certaines questions auraient pu être formulées différemment afin de ne générer aucune confusion.

Les limites de la récolte des données liées à la méthodologie du questionnaire poussent également à envisager l'utilisation de nouvelles méthodologies qualitatives (entretiens semi-directifs par exemple). Cela permettrait d'apporter un nouveau regard sur notre problématique.

Nous avons également identifié un biais de désirabilité sociale concernant nos questions sur le consentement. Certaines réponses pouvaient par ailleurs être induites par notre questionnaire, par le simple fait que certaines questions soient posées.

Enfin, certaines professions (masseur-kinésithérapeute) sont peu représentées dans ce questionnaire, alors qu'elles sont directement concernées par les troubles de la déglutition.

CONCLUSION

Le moteur principal de notre étude est la préservation des droits fondamentaux, de la qualité de vie et de l'autonomie des résidents en EHPAD. La recherche de consentement appartient à ces droits fondamentaux, mais n'est pas systématique. Cela peut être mis en lien avec les représentations des professionnels. La présente étude a mis en évidence des connaissances incomplètes et hétérogènes en fonction des thématiques abordées. Ces connaissances impliquent des comportements parfois inadaptés face aux troubles de la déglutition. Par ailleurs, les connaissances des implications juridiques ainsi que la peur de conséquences morales influencent la façon de travailler de nombreux professionnels des EHPAD. Cela les encourage parfois à proposer davantage de textures modifiées aux résidents présentant des troubles de la déglutition. Des formations sont nécessaires et les thématiques traitées ici permettent d'en déterminer des axes prioritaires. En outre, le sentiment de formation atténue l'anxiété présente chez les professionnels.

Il est nécessaire de modifier des pratiques professionnelles parfois délétères pour les résidents et les formations sont un levier majeur

dans cette optique. Par ailleurs, une nette volonté de formation est relevée chez 98% des répondants. Afin de rendre les formations pertinentes, il serait intéressant d'aborder différents axes de formations : données théoriques, textures modifiées, recherche de consentement éclairé, implications juridiques associées aux troubles de la déglutition. Ces formations pourraient être dispensées par des orthophonistes : en effet, la formation et la prévention font partie des compétences inhérentes à ce métier. Enfin, il serait également pertinent d'interroger à nouveau les professionnels avant et après la réalisation de formation pour évaluer un éventuel bénéfice de ces dernières sur la demande de consentement éclairé notamment, ainsi que sur la qualité de vie et l'autonomie des résidents.

DECLARATION D'INTÉRÊTS

Les auteurs ont déclaré n'avoir aucun lien d'intérêt en relation avec cet article.

RÉFÉRENCES

- Bazin, M., & Muller, M. (2018). *Le personnel et les difficultés de recrutement dans les Ehpad*. DREES : Etudes et résultats no 1067. <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/publications/etudes-et-resultats/le-personnel-et-les-difficultes-de-recrutement-dans-les-ehpad>
- Beck, A. M., Kjaersgaard, A., Hansen, T., & Poulsen, I. (2018). Systematic review and evidence-based recommendations on texture modified foods and thickened liquids for adults (above 17 years) with oropharyngeal dysphagia - An updated clinical guideline. *Clinical Nutrition*, 37(6), 1980-1991. <https://doi.org/10.1016/j.clnu.2017.09.002>
- Benier, A. (2020). *Etat des lieux national des interventions orthophoniques en EHPAD*. [Mémoire de master pour l'obtention du Certificat de Capacité d'Orthophonie]. Université de Lille.
- Berzlanovich, A. M., Fazeny-Dörner, B., Waldhoer, T., Fasching, P., & Keil, W. (2005). Foreign body asphyxia: a preventable cause of death in the elderly. *American Journal of Preventive Medicine*, 28(1), 65-69. <https://doi.org/10.1016/j.amepre.2004.04.002>
- Bomze, L., Dehom, S., Lao, W. P., Thompson, J., Lee, N., Cragoe, A., Luceno, C., & Crawley, B. (2021). Comorbid dysphagia and malnutrition in elderly hospitalized patients. *The Laryngoscope*, 131(11), 2441-2447. <https://doi.org/10.1002/lary.29329>
- Cabre, M., Serra-Prat, M., Palomera, E., Almirall, J., Pallares, R., & Clavé, P. (2010). Prevalence and prognostic implications of dysphagia in elderly patients with pneumonia. *Age and Ageing*, 39(1), 39-45. <https://doi.org/10.1093/ageing/afp100>
- Code de la Santé Publique. Articles L1111-1 à L1111-9. Section 1 : principes généraux. https://www.legifrance.gouv.fr/codes/section_lc/LEGITEXT000006072665/LEGISCTA000006185255/
- Delaide, V., Beloni, P., Labrunie, A., & Marin, B. (2020). Impact of plate shape on the conservation of food praxis in institutionalised elderly adults with severe Alzheimer's disease or mixed dementia: praxalim an observational before-after non-randomized study. *International Journal of Nursing*, 2, 100005. <https://doi.org/10.1016/j.ijnsa.2020.100005>
- Delassus, E. (2011). Refus de traitement : aider le malade à mieux se comprendre. *Ethique & Santé*, 8(2), 101-105. <https://doi.org/10.1016/j.etique.2011.03.001>
- Drevet, S., & Gavazzi, G. (2019). Dénutrition du sujet âgé. *La Revue de Médecine Interne*, 40(10), 664-669. <https://doi.org/10.1016/j.revmed.2019.05.003>
- Dutheil, N., & Scheidegger, S. (2006). *Pathologies et perte d'autonomie des résidents en établissement d'hébergement pour personnes âgées*. DREES : Etude et résultats no 515. <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/publications/etudes-et-resultats/pathologies-et-perse-dautonomie-des-residents-en-etablissement>
- Ekberg, O., Hamdy, S., Woisard, V., Wuttge-Hannig, A., & Ortega, P. (2002). Social and psychological burden of dysphagia: its impacts on diagnostic and treatment. *Dysphagia*, 17, 139-146. <https://doi.org/10.1007/s00455-001-0113-5>
- Farri, A., Accornero, A., & Burdese, C. (2007). Social importance of dysphagia: its impact on diagnosis and therapy. *Acta Otorhinolaryngologica Italica*, 27(2), 83-86. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/17608136>
- Féart, C. (2018). Fragilité de la personne âgée : un aperçu du rôle de la nutrition. *Cahiers de Nutrition et de Diététique*, 53(5), 279-285. <https://doi.org/10.1016/j.cnd.2018.06.001>
- Forster, A., Samaras, N., Notaridis, G., Morel, P., Hua-Stolz, J., & Samaras, D. (2013). Évaluation et dépistage des troubles de la déglutition en gériatrie. *NPG Neurologie - Psychiatrie - Gériatrie*, 13(74), 107-116. <https://doi.org/10.1016/j.npg.2012.10.005>
- Foureur, N., & Fournier, V. (2020). (Se) nourrir ou mourir : un nouveau dilemme éthique du grand âge ? *Gérontologie et société*, 42(163), 171-185. <https://doi.org/10.3917/ges1.163.0171>
- Gentil, C., Pêcheur-Peytel, G., Navarro, P., Guilhermet, Y., & Krolak-Salmon, P. (2021). Les troubles de la déglutition chez le patient âgé : les dépister, les évaluer, les prendre en soin. *Pratique Neurologique - FMC*, 12(1), 41-50. <https://doi.org/10.1016/j.praneu.2021.02.003>
- Groher, M. E., & McKaig, T. N. (1995). Dysphagia and dietary levels in skilled nursing facilities. *Journal of the American Geriatrics Society*, 43(5), 528-532. <https://doi.org/10.1111/j.1532-5415.1995.tb06100.x>
- Guedj Rouah, A. (2013). *La prise en charge des troubles de la déglutition en EHPAD. Etude descriptive des pratiques professionnelles de médecins coordonnateurs dans 27 EHPAD d'un groupe privé associatif*. [Mémoire pour l'obtention du Diplôme Inter Universitaire « Formation à la fonction de médecin coordonnateur d'Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes »]. Université René Descartes - Paris V.
- Hermabessière, S., Campo, J.-F., Lacoste-Ferré, M.-H., & Rolland, Y. (2019). Troubles de la déglutition en gériatrie, formation et évaluation des pratiques professionnelles. *Soins en gérontologie*, 24(137), 29-34. <https://doi.org/10.1016/j.sger.2019.03.009>

- Kenigsberg, P.-A., Aquino, J.-P., Berard, A., Boucart, M., Bouccara, D., Brand, G., Charras, K., Garcia-Larrea, L., Gzil, F., Krolak-Salmon, P., Madjlessi, A., Malaquin-Pavan, E., Pénicaud, L., Platel, H., Pozzo, T., Reintjens, C., Salmon, E., Vergnon, L., & Robert, P. (2015). Les fonctions sensorielles et la maladie d'Alzheimer : une approche multidisciplinaire. *Gériatrie et psychologie & neuropsychiatrie du vieillissement*, 13(3), 243-258. <https://doi.org/10.1684/pnv.2015.0553>
- Kerlan, M. (2016). *Éthique en orthophonie*. Le sens de la clinique. DeBoeck Supérieur.
- Langmore, S. E., Skarupski, K. A., Park, P. S., & Fries, B. E. (2002). Predictors of aspiration pneumonia in nursing home residents. *Dysphagia*, 17(4), 298-307. <https://doi.org/10.1007/s00455-002-0072-5>
- Lelièvre, C. (2016). *L'alimentation de la personne atteinte de troubles de la déglutition : questionnements éthiques* [Mémoire pour l'obtention du Diplôme Universitaire "Éthique, soins et santé"]. Université de Rouen.
- Lerond, D. (2011). *Loi et éthique en orthophonie palliative et accompagnement en fin de vie*. Rééducation Orthophonique, 247, 89-98.
- Leslie, P., & Smithard, D. G. (2021). Is dysphagia under diagnosed or is normal swallowing more variable than we think? Reported swallowing problems in people aged 18–65 years. *Dysphagia*, 36(5), 910-918. <https://doi.org/10.1007/s00455-020-10213-z>
- Loi Kouchner (2002). Loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé. *JORF n° 0054 du 5 mars 2002*. <https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000000227015/>
- Mauriat, C., de Stampa, M., Simana, F., Jouannet, M., Garnier, B. & Cassou, B. (2009). Pistes de réflexion à l'intention des professionnels du domicile. Faisant face au refus d'aide/de soins de la part des personnes âgées à domicile. *Gérontologie et société*, 32(131), 81-97. <https://doi.org/10.3917/gs.131.0081>
- Meriau, H. (2013). *La personne âgée dysphagique en maison de retraite : orthophonie et information du personnel soignant* [Mémoire de master pour l'obtention du Certificat de Capacité d'Orthophonie]. Université Pierre et Marie Curie - Paris VI. <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-00873936>
- Ney, D. M., Weiss, J. M., Kind, A. J. H., & Robbins, J. (2009). Senescent swallowing: Impact, strategies, and interventions. *Nutrition in Clinical Practice-NCP*, 24(3), 395-413. <https://doi.org/10.1177/0884533609332005>
- O'Keeffe, S. T. (2018). Use of modified diets to prevent aspiration in oropharyngeal dysphagia: Is current practice justified? *BMC Geriatrics*, 18(167), 1-10. <https://doi.org/10.1186/s12877-018-0839-7>
- O'Keeffe, S. T., Leslie, P., Lazenby-Paterson, T., McCurtin, A., Collins, L., Murray, A., Smith, A., & Mulkerrin, S. (2023). Informed or misinformed consent and use of modified texture diets in dysphagia. *BMC Medical Ethics*, 24(7), 1-12. <https://doi.org/10.1186/s12910-023-00885-1>
- Ortega, O., Martín, A., & Clavé, P. (2017). Diagnosis and management of oropharyngeal dysphagia among older persons, state of the art. *Journal of the American Medical Directors Association*, 18(7), 576-582. <https://doi.org/10.1016/j.jamda.2017.02.015>
- Peñalva Arigita, A., Lecha Benet, M., Sansano Alguero, A., Prats Farreras, R., Gomes Vasquez, A., Bascuñana Ambrós, H., & Vila Ballester, L. (2022). Differences in the quality of life of patients with oropharyngeal dysphagia according to the place of residence: impact on food selection and type of diet. *Nutrición Hospitalaria*, 39(1), 46-52. <https://doi.org/10.20960/nh.03824>
- Ponte, C. (2007). Quelle responsabilité pour les soignants en cas de fausse route de la personne âgée ? *Soins gérontologie*, 12(68), 39. SGER-12-2007-00-68-1268-6034-101019-200602685
- Pouyet, V., Giboreau, A., Cuvelier, G., & Benattar, L. (2015). Les préférences culinaires des personnes âgées vivant en institution : facteurs d'appréciation sensoriels et cognitifs. *Cahiers de Nutrition et de Diététique*, 50(5), 271-279. <https://doi.org/10.1016/j.cnd.2015.03.008>
- Puisieux, F., d'Andrea, C., Baconnier, P., Bui-Dinh, D., Castaings-Pelet, S., Crestani, B., Desrues, B., Ferron, C., Franco, A., Gaillat, J., Guenard, H., Housset, B., Jeandel, C., Jebrak, G., Leymarie-Selles, A., Orvoen-Frija, E., Piette, F., Pinganaud, G., Salle, J.-Y., ... Weil-Engerer, S. (2009). Troubles de la déglutition du sujet âgé et pneumopathies en 14 questions/réponses. *Revue des Maladies Respiratoires*, 26(6), 587-605. [https://doi.org/10.1016/S0761-8425\(09\)74690-X](https://doi.org/10.1016/S0761-8425(09)74690-X)
- Rangira, D., Najeeb, H., Shune, S. E., & Namasivayam-MacDonald, A. (2022). Understanding burden in caregivers of adults with dysphagia: a systematic review. *American Journal of Speech-Language Pathology*, 31(1), 486-501. https://doi.org/10.1044/2021_AJSLP-21-00249
- Raschilas, F. (2008). Le vieillissement sensoriel. *Soins gérontologie*, 11(57), 14-15. SGER-02-2006-00-57-1268-6034-101019-200601364
- Sakashita, R., Sato, T., Ono, H., Hamaue, A., & Hamada, M. (2020). Impact of the consistency of food substances on health and related factors of residents in welfare facilities for seniors in Japan. *Dentistry Journal*, 8(1), e9. <https://doi.org/10.3390/dj8010009>
- Sommerville, P., Hayton, J., Soar, N., Archer, S., Fitzgerald, A., Lang, A., & Birns, J. (2022). Prognosis in dysphagic patients who are eating and drinking with acknowledged risk: results from the evaluation of the FORWARD project. *Age and Ageing*, 51(2), afac005. <https://doi.org/10.1093/ageing/afac005>
- Steele, C. M., Alsanei, W. A., Ayanikalath, S., Barbon, C. E. A., Chen, J., Cichero, J. A. Y., Coutts, K., Dantas, R. O., Duivestijn, J., Giosa, L., Hanson, B., Lam, P., Lecko, C., Leigh, C., Nagy, A., Namasivayam, A. M., Nascimento, W. V., Odendaal, I., Smith, C. H., & Wang, H. (2015). The influence of food texture and liquid consistency modification on swallowing physiology and function: a systematic review. *Dysphagia*, 30(1), 2-26. <https://doi.org/10.1007/s00455-014-9578-x>
- Tacnet Auzzino, D. (2009). La place du consentement de la personne âgée lors de l'entrée en EHPAD. *Gérontologie et société*, 32(131), 99-121. <https://doi.org/10.3917/gs.131.0099>
- Tannou, Y., & Cormary, X. (2014). Repas mixés, liquides épaissis : Des préparations à consommer avec modération. *Le Mensuel des Maisons de Retraite*, 168, 29-30. https://www.academia.edu/22104475/Repas_mixés_liquides_épaissis_des_préparations_à_consommer_avec_modération
- Thomas, H., Scodellaro, C., & Dupré-Lévêque, D. (2005). *Perceptions et réactions des personnes âgées aux comportements maltraitants : une étude qualitative*. DREES, Etudes et résultats, n° 370. <https://ilexfr.com/documentaire>

- Umay, E., Eyigor, S., Karahan, A. Y., Keskin, D., Karaca, G., Unlu, Z., Tıkız, C., Vural, M., Aydeniz, B., Alemdaroglu, E., Bilir, E. E., Yaliman, A., Sen, E. I., Akaltun, M. S., Altındag, O., Keles, B. Y., Bilgilişoy, M., Ozcete, Z. A., Demirhan, A., & Gundogdu, I. (2019). Which swallowing difficulty of food consistency is best predictor for oropharyngeal dysphagia risk in older person? *European Geriatric Medicine*, 10(4), 609-617. <https://doi.org/10.1007/s41999-019-00206-z>
- Weaver, M. S., & Geppert, C. M. A. (2022). Sometimes a difficult decision to swallow: ethical dilemmas when patients with dysphagia who lack capacity want to eat. *Journal of Pain and Symptom Management*, 65(1), 97-102. <https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2022.10.007>
- Wirth, R., Dziewas, R., Beck, A. M., Clavé, P., Hamdy, S., Heppner, H. J., Langmore, S., Leischker, A., Martino, R., Pluschinski, P., Rösler, A., Shaker, R., Warnecke, T., Sieber, C. C., & Volkert, D. (2016). Oropharyngeal dysphagia in older persons - From pathophysiology to adequate intervention: a review and summary of an international expert meeting. *Clinical Interventions in Aging*, 11, 189-208. <https://doi.org/10.2147/CIA.S97481>
- Woisard, V., & Puech, M. (2012). *La réhabilitation de la déglutition* (1re éd.). DeBoeck supérieur.

ANNEXE A : QUESTIONNAIRE

Partie identité professionnelle

1) Travaillez-vous actuellement dans un EHPAD en France ?

Travaillez-vous actuellement dans un EHPAD en France ?

Non → Fin du questionnaire

2) Depuis combien de temps ?

Depuis combien de temps ?

3) Quelle profession exercez-vous ?

Quelle profession exercez-vous ?

Autre : :

4) a Un orthophoniste intervient-il au sein de votre EHPAD ?

Un orthophoniste intervient-il au sein de votre EHPAD ?

b Avez-vous l'occasion d'échanger avec lui/elle ?

Avez-vous l'occasion d'échanger avec lui/elle ?

5) Avez-vous suivi des formations au sujet de la déglutition ?

Avez-vous suivi des formations au sujet de la déglutition ?

5b) De quel type ? (s'ouvre si « oui »)

De quel type ?

Autre : :

6) Vous sentez-vous suffisamment formé·e à la prise en soins des troubles de la déglutition ?

Vous sentez-vous suffisamment formé·e à la prise en soins des troubles de la déglutition ?

Pas du tout - Plutôt non - Plutôt oui - Tout à fait

ANNEXE B :**TABLEAU 11 :** Répartition de l'effectif des répondants par professions.

Profession	Total
Aide-soignant	104
Infirmier	101
Cadre de santé	79
Infirmier.e coordinateur.trice	69
Diététicien	35
Psychologue	21
Ergothérapeute	20
Médecin	18
Directeur.trice	13
Animateur.trice	12
Orthophoniste (salarié de l'EHPAD)	9
Cadre supérieur	6
Psychomotricien	6
ASH (Agent de Service Hospitalier)	4
Orthophoniste (libéral intervenant en EHPAD)	4
Masseur-kinésithérapeute	3
Agent de soin	2
AVS	2
AES	1
Aide médico-psychologique	1
Assistant de direction	1
Assistant de soins en gériatrie	1
Éducateur/trice sportif	1
Faisant fonction d'aide-soignant	1
Hôtelier	1
Infirmier en pratique avancée	1
Moniteur.trice d'Activités Physiques Adaptées	1
Préparateur.trice en pharmacie hospitalière	1
Responsable hébergement et vie sociale	1
Responsable hôtelier	1
Secrétaire médical	1
Service technique	1
Total général	522