



PREVALENCE DES TROUBLES DE LA DEGLUTITION CHEZ LES SUJETS AGES EN EHPAD

Directeur de mémoire :
Pr S. REINGEWIRTZ

Mémoire pour obtention de DIU de
coordination en gériatrie de l'université
paris cité 2024/2025

Présenté par : Mme S.BELABBES , Mr
B.MANSSOUR , Mr M.HACHOUF, Mme
M.BERBAR , Mme S.NASROU

Sommaire :

REMERCIEMENTS :	3
I. INTRODUCTION :	5
1. Objectif du mémoire	6
2. La prise en charge des troubles de la déglutition	6
3. Question centrale	6
II. MATÉRIELS ET MÉTHODES :	7
1. Choix de l'outil	7
2. Population d'étude :	7
a) Critères d'inclusion :	7
b) Critères d'exclusion :	7
3. Courrier d'invitation et explication du projet :	7
4. Contenu du questionnaire :	7
5. Analyse des questionnaires :	8
III. RESULTATS :	9
1. Déroulement de l'étude :	9
2. Prévalence :	9
3. Répartition selon le sexe :	10
4. Répartition selon l'âge :	10
5. Répartition selon le GIR et les TNC :	11
6. Répartition selon les antécédents :	12
7. Tests utilisés :	13
8. Complications :	14
IV. DISCUSSION :	15
1. Prévalence :	15

2. Age :	15
3. Sexe :	15
4. Comorbidités et tests réalisés :	16
5. GIR et troubles neurocognitifs :	18
6. Complications des troubles de déglutition :	19
V. CONCLUSION :	21
The conclusion :	22
VI. BIBIOLOGRAPHIE:	23
VII. ANNEXES:	25

REMERCIEMENTS :

La réalisation de ce mémoire sur **la prévalence des troubles de la déglutition chez le sujet âgé en EHPAD** a été rendue possible grâce à l'implication et au soutien de nombreuses personnes, que nous souhaitons ici remercier sincèrement.

Nous adressons tout d'abord nos plus vifs remerciements au **Professeur Serge Reingewirtz**, notre directeur de mémoire, pour sa bienveillance, sa rigueur scientifique et sa disponibilité tout au long de ce travail. Son expertise, ses conseils éclairés et sa capacité à nous guider avec exigence et patience ont été des atouts précieux dans l'élaboration de cette étude. Son accompagnement nous a permis de progresser à chaque étape du mémoire, tant sur le plan méthodologique que sur le fond du sujet. Nous avons beaucoup appris à ses côtés et lui en sommes profondément reconnaissants.

Nous tenons également à remercier l'ensemble des **équipes médicales et soignantes** qui ont accepté de collaborer à ce travail de recherche et qui nous ont accueillis avec chaleur, professionnalisme et générosité dans leurs établissements.

Nos remerciements vont tout particulièrement à :

- **L'Hôpital d'Argenteuil** : à l'équipe de l'USLD , aux chefs de service, aux infirmiers, aides-soignants et personnels paramédicaux qui nous ont accompagnés avec disponibilité et engagement.
- **L'Hôpital de Dreux**, pour l'ouverture et la confiance accordées tout au long de la démarche, ainsi que pour la qualité des échanges avec les professionnels de santé impliqués dans la prise en charge gériatrique.
- **L'Hôpital Jeanne de Navarre**, pour son accueil bienveillant et la coopération précieuse de ses équipes dans la collecte des données et la compréhension du terrain.

Nous remercions particulièrement les **médecins coordonnateurs** pour leur rôle essentiel dans la coordination des soins et leur aide dans l'identification des situations cliniques pertinentes. Leur expertise et leur vision globale des problématiques liées au vieillissement ont enrichi considérablement notre réflexion.

Nous exprimons également notre profonde reconnaissance envers les **chefs de service**, qui ont facilité notre accès aux unités de soins et encouragé la réalisation de ce projet de recherche. Leur soutien administratif et clinique a été déterminant pour la réussite de notre travail.

Enfin, nous saluons le **travail admirable des soignants** — infirmiers, aides-soignants, kinésithérapeutes, orthophonistes, psychomotriciens, et autres professionnels de santé — qui, au quotidien, accompagnent avec humanité et compétence les personnes âgées en situation de dépendance. Leur implication dans cette étude a été exemplaire, et nous mesurons pleinement le poids de leur engagement dans la qualité de la prise en charge.

À toutes ces personnes, nous souhaitons témoigner de notre gratitude la plus sincère. Ce mémoire est aussi le fruit de leur contribution, de leur professionnalisme, et de leur confiance.

I. INTRODUCTION :

Les troubles de la déglutition, également appelés dysphagie, constituent une problématique de santé publique majeure, en particulier chez les personnes âgées résidant en Établissements d'Hébergement pour Personnes Âgées Dépendantes (EHPAD). Ces troubles altèrent significativement la qualité de vie des résidents et peuvent entraîner des complications graves, telles que la malnutrition, la déshydratation, ou encore un risque accru de fausses routes.

La prévalence des troubles de la déglutition chez les personnes âgées autonomes atteint 30 à 40 % et elle s'élève jusqu'à 60 % chez les personnes institutionnalisées [1], en raison d'une forte incidence de maladies neurodégénératives, de troubles cognitifs, ainsi que d'autres pathologies liées au vieillissement.

La déglutition se définit comme le processus de transfert des aliments solides, liquides ou de la salive, de la bouche vers l'estomac, en passant par le pharynx et l'œsophage.

On distingue plusieurs types de troubles de la déglutition :

- La dysphagie : est une « incapacité, temporaire ou permanente, partielle ou totale, d'adopter un comportement adapté face à l'apport de la nourriture, de manipuler et d'apporter les aliments jusqu'à la bouche, de préparer le bol alimentaire, de synchroniser la déglutition et la protection des voies aériennes, d'acheminer le bol alimentaire » [2]
- L'odynophagie : douleur ressentie au niveau du pharynx ou de l'œsophage pendant la déglutition.
- L'aphagie : incapacité totale à déglutir.

Ces troubles peuvent survenir lors de la consommation d'aliments solides, liquides, ou les deux. Ils représentent un véritable enjeu de santé publique, de par leur fréquence et leur gravité, notamment en ce qui concerne leur impact sur la mortalité des personnes âgées.

Malgré leur forte prévalence et leurs conséquences parfois graves, les troubles de la déglutition demeurent souvent sous-évalués, peu diagnostiqués et insuffisamment pris en charge. Leur symptomatologie, souvent discrète ou peu spécifique, rend le diagnostic complexe, en particulier chez des patients fragiles, souffrant de polyopathie. On estime que ces troubles sont à l'origine de près de 4 000 décès chaque année en France.

1. Objectif du mémoire

L'objectif de ce travail est **d'explorer la prévalence des troubles de la déglutition en EHPAD**, d'en analyser les **facteurs contributifs**, et d'étudier leurs **implications sur la prise en charge** et les pratiques soignantes au sein de ces établissements. En mettant en lumière l'importance d'un **dépistage précoce** et d'une **prise en charge adaptée**, cette étude vise à **améliorer la qualité des soins** et, par conséquent, **la qualité de vie des résidents**.

2. La prise en charge des troubles de la déglutition

La prise en charge a pour double objectif **d'éviter les complications médicales** et de **préserver le plaisir de manger et de boire**. Elle commence par la **recherche et le traitement des causes éventuelles** lorsque cela est possible.

Elle repose sur une **approche pluridisciplinaire**, impliquant l'ensemble des professionnels de santé en contact avec le patient. L'intervention de **médecins de réadaptation, d'orthophonistes, de nutritionnistes, de diététiciens**, ainsi que du **médecin traitant** et des **équipes paramédicales**, est souvent nécessaire. L'implication des **proches et aidants** est également essentielle, tant en institution qu'à domicile.

Plusieurs aspects doivent être pris en compte dans l'accompagnement d'un patient présentant des troubles de la déglutition :

- **Adaptation des textures alimentaires,**
- **Aménagement de l'environnement du repas,**
- **Installation posturale du patient,**
- **Aide spécifique à la prise des repas.**

3. Question centrale

Comment la détection précoce et la prise en charge des troubles de la déglutition peuvent-elles influencer les résultats de santé et la qualité de vie des résidents en EHPAD ?

II. MATÉRIELS ET MÉTHODES :

Élaboration du questionnaire d'état des lieux, validation, diffusion et analyse des résultats

1. Choix de l'outil

Afin de réaliser un état des lieux de la prévalence des troubles de la déglutition en EHPAD et en USLD, ainsi que des tests de dépistage utilisés et des principales complications observées, nous avons opté pour un questionnaire informatisé.

Ce choix se justifie par :

- La facilité d'analyse statistique qu'offre ce type d'outil ;
- La rapidité de passation ;
- La compatibilité avec le fonctionnement des établissements médico-sociaux.

2. Population d'étude :

a) Critères d'inclusion :

- Résidents âgés de 75 ans et plus
- Vivant en EHPAD ou USLD depuis plus de six mois
- Inclusion réalisée après accord du médecin coordinateur de l'établissement

b) Critères d'exclusion :

- Patients en soins palliatifs ou en phase de fin de vie.
- Personnes âgées de moins de 75 ans.

3. Courrier d'invitation et explication du projet :

Un courrier de présentation (cf. Annexe A1) a été rédigé et adressé aux différents établissements ciblés, dans le but de :

- Présenter les objectifs du projet ;
- Solliciter leur participation à l'enquête ;
- Expliquer les modalités de réponse au questionnaire.

4. Contenu du questionnaire :

Le questionnaire (cf. Annexe A2) comportait plusieurs rubriques permettant de collecter les données suivantes :

- Caractéristiques sociodémographiques : lieu de vie (EHPAD ou USLD), âge, sexe ;
- Dépendance fonctionnelle : niveau GIR ;
- État cognitif : présence ou non de troubles neurocognitifs ;
- Antécédents médicaux : pathologies associées pouvant influencer la déglutition ;
- Dépistage : tests réalisés pour évaluer les troubles de la déglutition ;
- Complications observées : malnutrition, dégradation de l'autonomie, fausses routes, hospitalisations, etc.

5. Analyse des questionnaires :

Les données recueillies ont été traitées de manière quantitative. Les résultats sont présentés :

- Sous forme de proportions (%) ;
- À l'aide de graphiques descriptifs ;
- Dans une analyse descriptive qui sera discutée ultérieurement dans la section Discussion.

III. RESULTATS :

1. Déroulement de l'étude :

Pour cette étude, nous avons exploité **361** dossiers patients informatisés dans différents établissements :

- USLD du centre hospitalier d'Argenteuil : 47 lits
- USLD du centre hospitalier de Dreux : 87 lits
- EHPAD Les Eaux Vives du centre hospitalier de Dreux : 86 lits
- EHPAD Résidence bellevue du centre hospitalier Jeanne de NAVARRE : 141 lits.

Parmi les 361 résidents inclus dans l'étude, 112 présentaient des troubles de la déglutition, soit une prévalence de 31,02 %. La tranche d'âge la plus touchée se situait entre 75 et 85 ans, avec une nette prédominance féminine (près des trois quarts des cas). L'analyse selon le degré de dépendance (GIR) montre une forte représentation des patients en GIR 2 (57,48 %) et en GIR 1 (36,31 %), traduisant une association entre dysphagie et perte d'autonomie. La quasi-totalité des patients concernés présentaient des troubles cognitifs associés (87,74 %).

Le dépistage des troubles a reposé à la fois sur les antécédents connus, l'observation de fausses routes pendant les repas, l'évaluation clinique et la réalisation de tests spécifiques (réflexe de toux, test à l'eau, EAT-10). Les principales comorbidités retrouvées étaient un mauvais état bucco-dentaire, des antécédents d'AVC, un reflux gastro-œsophagien et la maladie de Parkinson.

Les complications identifiées comprenaient un amaigrissement significatif, une altération de l'autonomie, des pneumopathies d'inhalation, ainsi que quelques cas de phagophobie et un cas de grabatisation. En termes de prise en charge, les établissements ont mis en place des mesures adaptées : textures alimentaires modifiées, aménagement de l'environnement des repas et installation posturale visant à réduire le risque de complications.

Ces résultats vont plus détaillés plus en bas.

2. Prévalence :

En respectant les critères d'inclusion mentionnés précédemment 112 dossiers — correspondant à 112 patients présentant des troubles de la déglutition — ont été sélectionnés pour la poursuite du questionnaire. Soit un pourcentage de **31,02%**.

3. Répartition selon le sexe :

Afin de mieux caractériser cette population, nous avons étudié la répartition des patients selon le sexe.

Le graphique ci-dessous illustre la distribution des cas de fausses routes entre les hommes et les femmes.

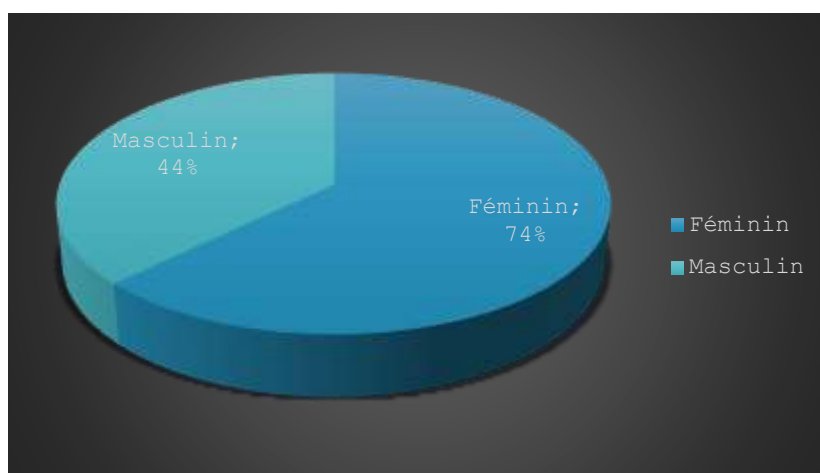


Figure 1 : Répartition des résidents présentant des troubles de la déglutition en fonction du sexe.

Comme le montre le graphique, une majorité des patients présentant des troubles de la déglutition sont de sexe féminin, ce qui suggère une prédominance féminine dans notre échantillon.

4. Répartition selon l'âge :

Par ailleurs, une analyse de la répartition des patients selon l'âge a été réalisée afin d'évaluer l'impact potentiel de ce facteur sur la survenue des troubles de la déglutition. Le graphique ci-dessous présente la distribution des âges parmi les 112 patients inclus dans l'étude. Il met en évidence une concentration marquée des cas chez les sujets âgés, en particulier dans les tranches d'âge entre 75 et 85 ans.

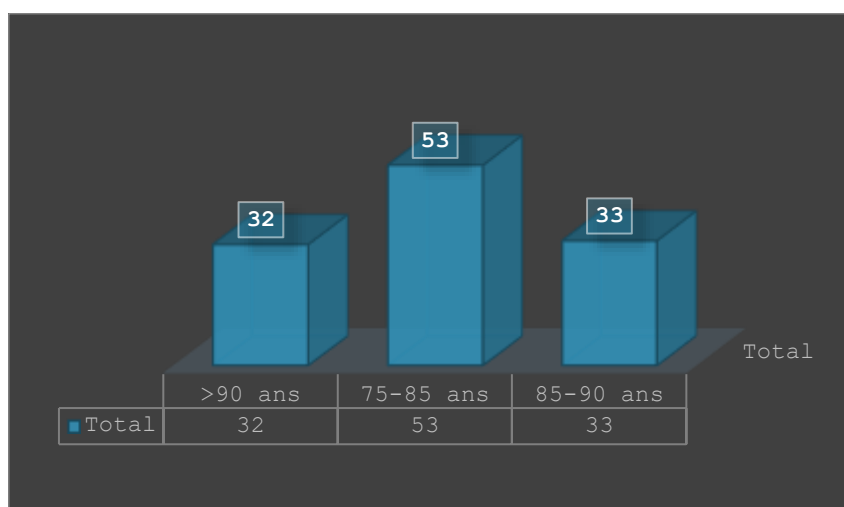


Figure 2 : Répartition des patients présentant des troubles de la déglutition selon les tranches d'âge

5. Répartition selon le GIR et les TNC :

Nous avons ensuite analysé le niveau d'**autonomie** des patients à l'aide de la grille AGGIR, ainsi que la **présence de troubles neurocognitifs**. Les résultats, présentés dans les graphiques suivants, montrent que les patients les plus dépendants (GIR 1 à 3) et ceux présentant des troubles neurocognitifs sont plus fréquemment concernés par les troubles de la déglutition. Ces données soulignent l'importance de ces facteurs dans le risque de fausses routes chez cette population.

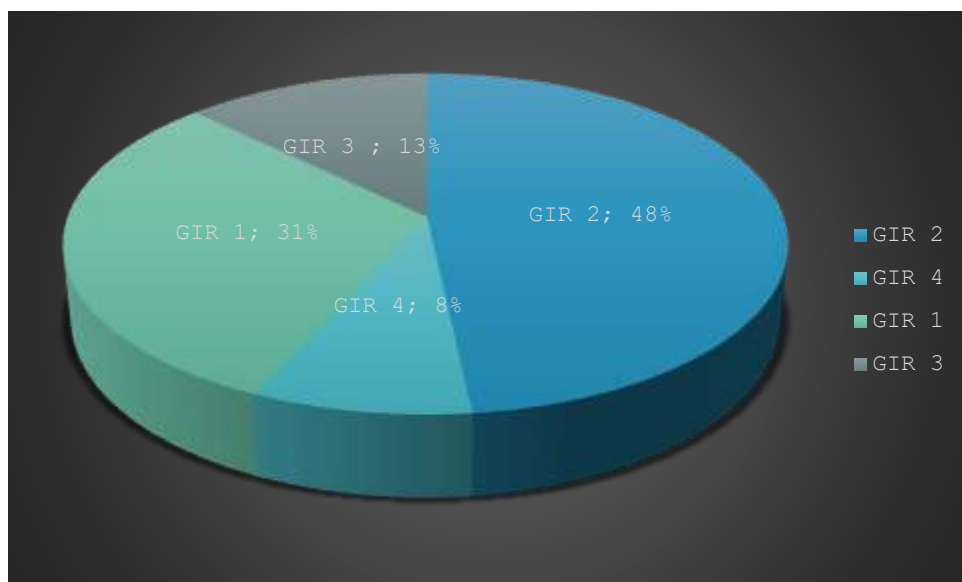


Figure 3 : Répartition des résidents en fonction de leur GIR

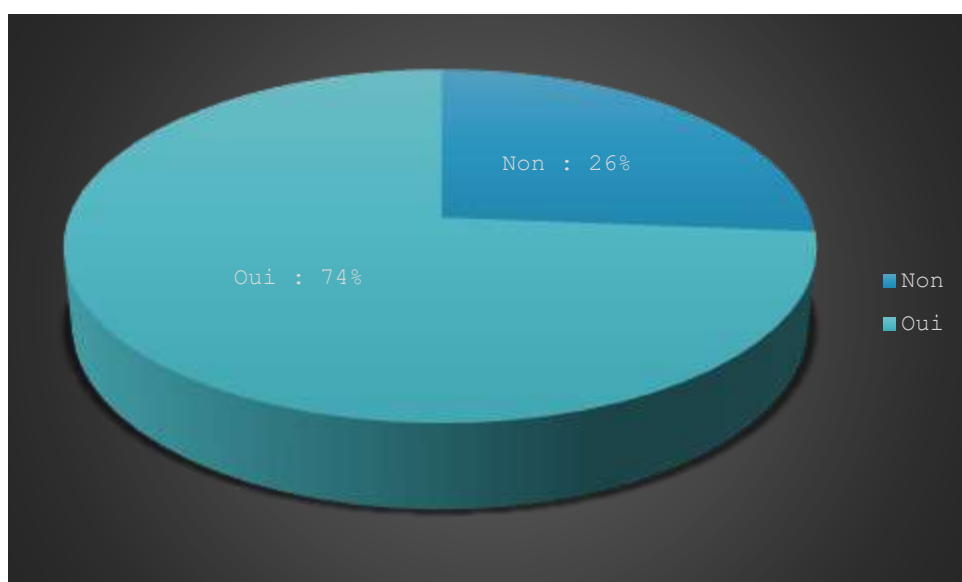


Figure 4 : Répartition en pourcentage des patients selon la présence ou l'absence de troubles neurocognitifs (TNC)"

6. Répartition selon les antécédents :

Le graphique qui suit illustre la répartition des antécédents médicaux les plus couramment observés chez les patients présentant des troubles de la déglutition. Parmi ces antécédents, les accidents vasculaires cérébraux (AVC) occupent une place prépondérante, suivis par la maladie de Parkinson, qui est également fréquemment associée à des troubles moteurs affectant la déglutition. Le mauvais état bucco-dentaire, facteur souvent sous-estimé, apparaît également comme un élément très important pouvant contribuer aux difficultés de déglutition. De plus, les cancers de la sphère ORL ainsi que le reflux gastro-œsophagien (RGO) sont identifiés comme des comorbidités significatives dans cette population.

Enfin, le graphique présente aussi une catégorie « autres » regroupant des cas plus rares, tels que quelques patients atteints de sclérose en plaques (SEP), un cas isolé de leucodystrophie et un diverticule de Zenker, illustrant la diversité des pathologies pouvant influencer la fonction de déglutition.

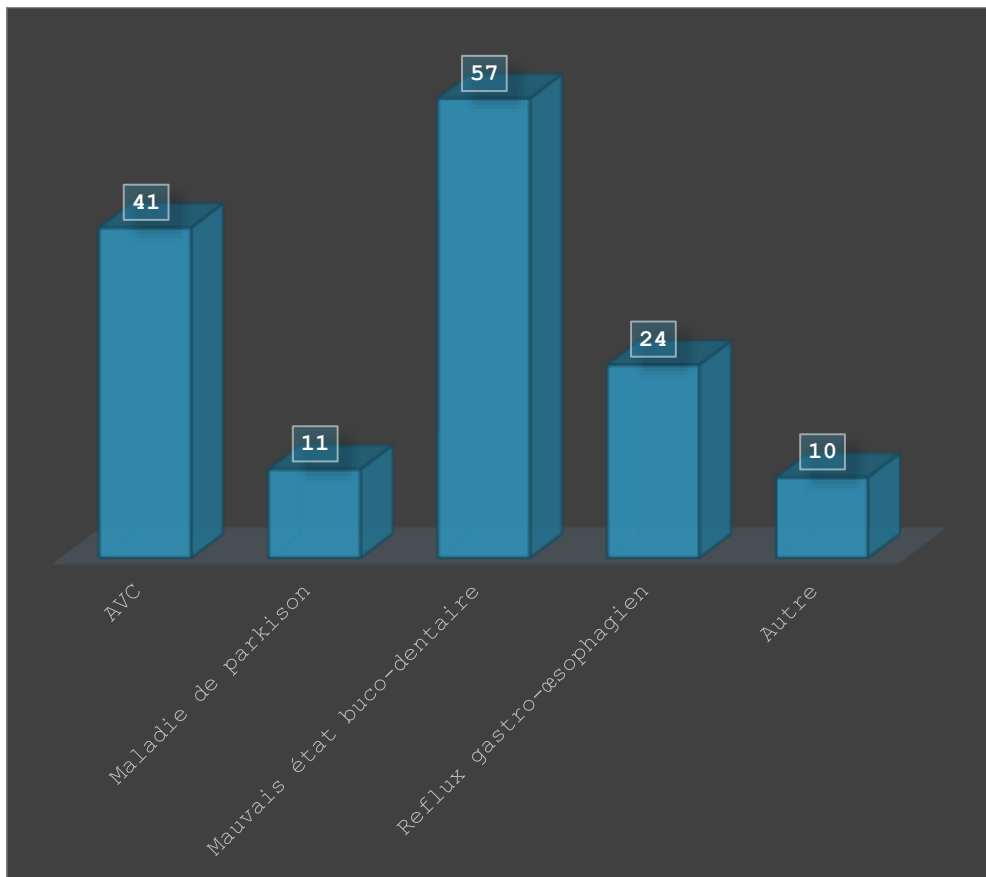


Figure5 : Distribution des principales comorbidités associées aux troubles de la déglutition

7. Tests utilisés :

Pour poser le diagnostic des troubles de la déglutition, plusieurs tests ont été sélectionnés afin d'évaluer la fonction de déglutition de manière précise et complète. Parmi ces tests figurent : le Test d'eau de 3 cuillères (Water Swallow Test – WST simplifié), l'EAT-10 (Eating Assessment Tool), l'observation qualitative pendant un repas, ainsi que le test du réflexe de toux ou de la voix post-déglutition.

Par ailleurs, la survenue d'une fausse route pendant un repas a été systématiquement recherchée, tout comme les antécédents connus de troubles de la déglutition (ATCDS).

Dans notre population, les critères diagnostiques les plus prédominants étaient la survenue d'une fausse route pendant un repas ainsi que l'observation qualitative fonctionnelle lors du repas, soulignant l'importance de ces méthodes cliniques dans le dépistage et l'évaluation des troubles de la déglutition.

Le graphique suivant illustre la fréquence d'utilisation des différents tests diagnostiques au sein de notre population, mettant en évidence la prédominance du test de survenue de fausse route pendant un repas ainsi que de l'observation qualitative fonctionnelle.

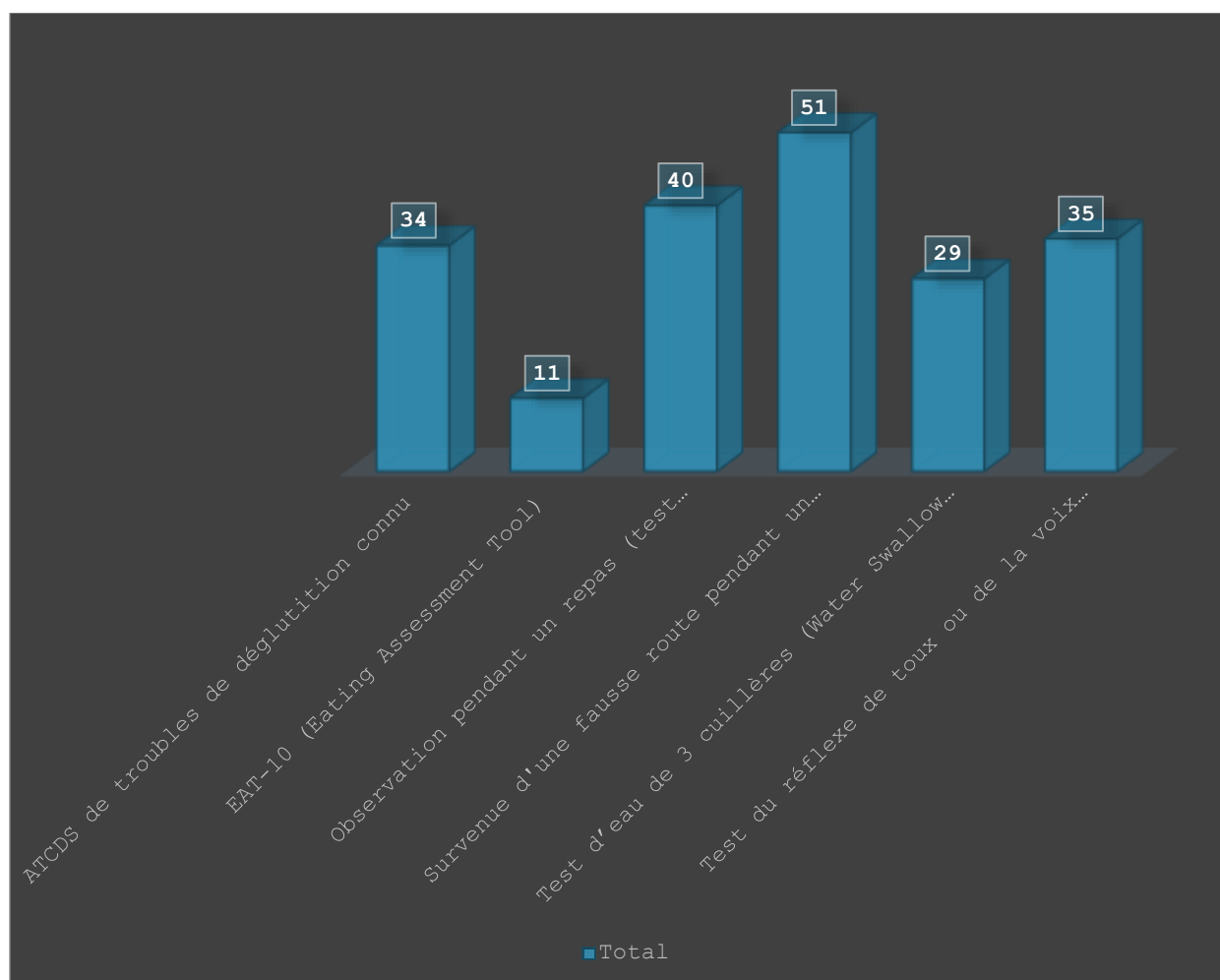


Figure 6 : Répartition des tests utilisés pour le diagnostic des troubles de la déglutition

8. Complications :

Les troubles de la déglutition peuvent entraîner plusieurs **complications majeures**. Parmi elles, la perte d'autonomie est fréquente, liée à la difficulté croissante à s'alimenter et à assurer les soins quotidiens. La **pneumopathie d'inhalation** constitue une complication grave, résultant de la pénétration de liquides ou de nourriture dans les voies respiratoires, sur les 112 résidents présentant des troubles de la déglutition, 66 ont présenté une pneumopathie d'inhalation, ce qui représente plus d'un cas sur deux !! plus exactement 58,9%.

Par ailleurs, ces troubles favorisent la dénutrition et l'amaigrissement, dus à une alimentation insuffisante ou inadaptée, compromettant ainsi l'état général des patients et peuvent engager leur pronostic vital et fonctionnel.

Le graphique suivant illustre les principales complications observées dans notre population étudiée.

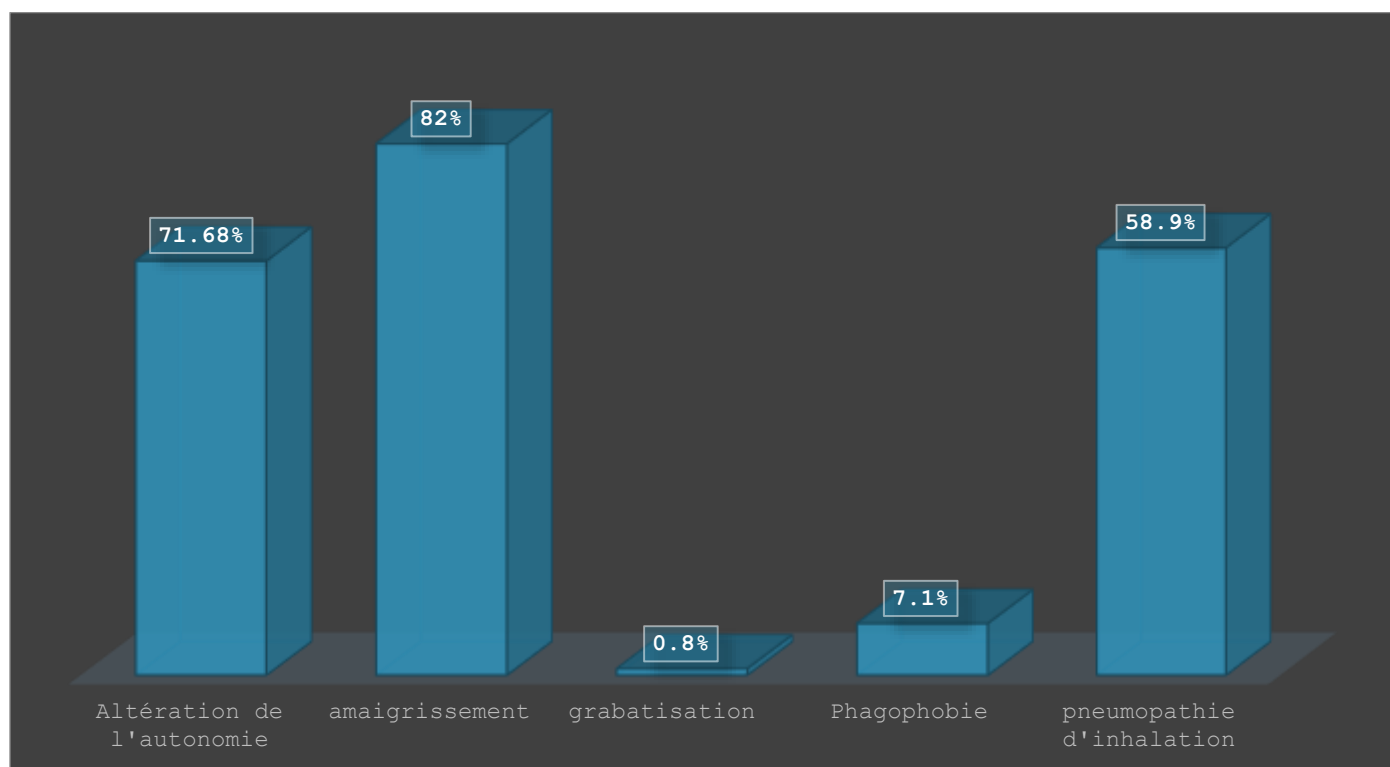


Figure 7 : Répartition des complications observées chez les patients présentant des troubles de la déglutition

IV. DISCUSSION :

1. Prévalence :

Les troubles de déglutition de la personne âgée sont considérés comme un problème de santé publique. Ils sont fréquents ; leur prévalence en institution est importante ; selon *the SHELTER Project* et avec une étude prospective sur 3 451 résidents ; cette prévalence était de 30,3 % [6], selon une autre étude faite par the University of Wollongong en 2024 cette prévalence varie de 16 à 69,6 % [7]

La prévalence observée dans notre étude est de 30,3 % ; ce résultat est proche de celui de l'étude SHELTER (Europe + Israël), ce qui suggère que notre étude se situe dans la norme des études européennes et israéliennes, où la dysphagie semble affecter environ 30 % des résidents en EHPAD.

2. Age :

Selon une étude coréenne faite en 2013 étudiant la prévalence des troubles de la déglutition et facteurs associés il a été démontré que, l'âge supérieur à 75 ans est un facteur de risque [8], selon une étude multicentrique (Europe + USA) faite sur 10 185 résidents en EHPAD , ayant un âge moyen de 85 ans + /- 8.1 ans, les troubles de la déglutition ont été retrouvés chez 15.4% [9].

Dans notre étude, une majorité des patients présentant des troubles de déglutition ont un âge se situant entre 75 et 85 ans, Les résultats de notre étude montrent que la majorité des patients présentant des troubles de la déglutition ont un âge compris entre 75 et 85 ans. Cette observation est en accord avec certaines données de la littérature, notamment l'étude coréenne de 2013 qui identifie l'âge supérieur à 75 ans comme un facteur de risque. Cependant, peu d'études ont précisé l'âge moyen exact des patients atteints de dysphagie, ce qui rend difficile la comparaison directe. Nos données viennent donc compléter les connaissances actuelles en apportant un repère plus précis sur la tranche d'âge la plus concernée dans notre population.

3. Sexe :

Dans notre étude, nous avons observé que le nombre de femmes présentant des troubles de la déglutition était supérieur à celui des hommes. Ce résultat doit toutefois être interprété avec prudence. En effet, les maisons de retraite accueillent une proportion nettement plus élevée de femmes que d'hommes, en raison de leur espérance de vie plus longue. Ainsi, le nombre plus important de cas féminins reflète avant tout la structure démographique des établissements, plutôt qu'un risque intrinsèquement plus élevé chez les femmes.

Les résultats des études disponibles dans la littérature sont d'ailleurs hétérogènes. Certaines recherches rapportent une prévalence plus élevée de la dysphagie chez les hommes, identifiant le sexe masculin comme facteur de risque (Park et al., 2013). D'autres ne trouvent pas de différence significative entre les sexes (Roberts et al., 2024), tandis que certaines séries retrouvent un nombre plus important de femmes dysphagiques, souvent en lien avec leur surreprésentation dans les établissements (Ran et al., 2024).

Plusieurs facteurs peuvent expliquer ces divergences : différences d'âge moyen entre les résidents masculins et féminins, prévalence plus élevée de comorbidités comme la démence ou la dépendance fonctionnelle chez les femmes très âgées, ainsi que les outils et méthodes de dépistage utilisés.

En résumé, la surreprésentation des femmes dans notre échantillon, combinée à leur âge moyen plus élevé, constitue probablement l'explication principale du nombre plus important de cas féminins observés. Ce résultat est donc cohérent avec les données démographiques des EHPAD, et s'inscrit dans une littérature scientifique qui montre des résultats variables selon les contextes et les méthodologies.

4. Comorbidités et tests réalisés :

Dans notre étude on a constaté chez les résidents de l'USLD et l'EHPAD qui présente ou peuvent présenter des troubles de déglutition, les comorbidités principales incriminées sont :

- Le concept de presbyphagie. Avec ou sans problèmes bucco dentaires.

Les troubles liés à des pathologies neurologiques :

Les troubles de la déglutition sont fréquents dans les accidents vasculaires cérébraux (40 %) . La présence d'une dysphagie entraîne une surmortalité et un séjour hospitalier plus long. Il est donc conseillé de réaliser une évaluation au plus tôt.

La Maladie de Parkinson : selon les techniques d'évaluation employées, les chiffres de prévalence sont de 11 %. Les troubles ne sont pas liés à l'évolution de la maladie, ils peuvent même apparaître avant les premiers symptômes. Les troubles parkinsoniens (bradykinésie, rigidité...) vont allonger le temps oral. De même le maintien en bouche de résidus qui vient compliquer la déglutition et augmenter le risque d'aspiration et de broncho-pneumonie. Les conséquences psychosociales peuvent être importants pour le patient et son entourage.

Les troubles neurocognitifs (74 % des résidents) : tous les types de démence peuvent provoquer des troubles de la déglutition dans les trois temps. En plus des mécanismes spécifiques, les troubles de l'attention, de la concentration ainsi que des problèmes praxiques contribuent aux difficultés. C'est l'allongement du transit oral qui est le plus problématique chez les patients MA.

Les troubles de la déglutition sont quasi systématiques dans les SLA (en lien avec la faiblesse ou la spasticité des muscles impliqués) entraînant de la malnutrition, des inhalations de résidus et des bronchopneumonies.

D'autres causes 10 %, plus rares (SEP, VIH, encéphalopathies...) peuvent provoquer des troubles dysphagiques chez les personnes âgées.

Les causes tumorales mais aussi les séquelles d'opérations (radiothérapies, chirurgie.), entraînent régulièrement des troubles de la déglutition.

Les causes œsophagiennes : peuvent être incriminées.

Les causes iatrogènes : Certains médicaments peuvent engendrer un effet sédatif (comme les antidépresseurs, les anxiolytiques...) qui vient perturber la déglutition. De nombreux autres médicaments jouent un rôle direct ou non.

Les différents tests de dépistage des troubles selon l'arbre décisionnelle en fonction des différents éléments : présence ou non des troubles cognitifs, perte de l'indépendance fonctionnelle ;

La constatation des fausses routes des repas constatés par l'équipe soignante présente 51 % des résidents, test d'eau de 3 cuillères, réflexe de toux ou changement de voix dans la minute qui suit l'ingestion de 90 ml d'eau plate présente 29 à 35%.

Le test EAT 10 a été réalisé chez les résidents communicants soit 11 % de notre échantillon : Ce test est un outil d'évaluation de l'alimentation en 10 questions qui aide à mesurer les troubles de déglutition. , peut être administré en seulement 2 minutes. , peut aider à identifier les personnes susceptibles d'être atteintes de dysphagie, mais il ne s'agit pas d'un outil diagnostique. Un score de 3 ou plus peut indiquer qu'un résident a un trouble de déglutition. Si le score est égal ou inférieur à 3 il y a moins de risque de présenter des troubles de déglutition. L'outil EAT-10 a été initialement développé par Belafsky et ses collègues¹ Leur étude de 2008 décrit la façon dont le groupe a évalué la validité et la fiabilité de cet outil complet de dépistage de la dysphagie.

Par ailleurs 34 % des patients qui présentent déjà des troubles de déglutition diagnostiqués par différents tests présente : 34% du nombre total des résidents.

5. GIR et troubles neurocognitifs :

L'analyse de nos résultats met en évidence une fréquence accrue des troubles de la déglutition chez les résidents les plus dépendants (GIR 1–3) ainsi que chez ceux présentant des troubles neurocognitifs (TNC). Cette observation s'inscrit dans la continuité des connaissances actuelles : la perte d'autonomie fonctionnelle et la dégradation des fonctions cognitives fragilisent la coordination entre motricité, vigilance et sensibilité oro-pharyngée, favorisant ainsi le risque de fausses routes [10].

Les données de la littérature confirment cette tendance. Plusieurs revues et méta-analyses récentes estiment la prévalence des troubles de la déglutition en institution entre 35 % et 50 %, avec des variations selon les outils d'évaluation utilisés [11,12].

Nos résultats se situent dans ce même ordre de grandeur, ce qui renforce l'association observée entre un niveau de GIR bas et la présence de troubles de la déglutition. En contexte français, la grille AGGIR permet de préciser ces niveaux d'autonomie, renforçant la pertinence de cette interprétation [5].

Par ailleurs, la littérature souligne la forte prévalence de la dysphagie dans les syndromes démentiels, fréquemment supérieure à 50 %, voire 70 % selon les sous-groupes et les méthodes d'évaluation [6–8]. L'association que nous mettons en évidence entre TNC et trouble de déglutition reproduit donc ce gradient. Les conséquences cliniques sont bien établies : malnutrition, déshydratation, pneumopathie d'aspiration [9], autant de complications qui justifient un dépistage précoce et une prise en charge adaptée. Dans cette perspective, les recommandations récentes insistent sur l'intégration du dépistage combiné de la dysphagie et de la dénutrition [10], particulièrement pertinent pour les résidents à la fois très dépendants et porteurs de TNC.

Sur le plan cognitif, les altérations attentionnelles et exécutives, l'apraxie bucco-faciale, le retard du réflexe de déglutition et les troubles sensoriels contribuent à accroître le risque de fausses routes [6]. Enfin, les comorbidités fréquentes (AVC, maladie de Parkinson), l'usage de médicaments sédatifs ou anticholinergiques, ainsi qu'une hygiène bucco-dentaire dégradée constituent des facteurs aggravants supplémentaires [11].

Ces constats ont des implications pratiques importantes en EHPAD. Un dépistage systématique devrait être prioritairement ciblé sur les résidents les plus dépendants (GIR 1–3) et ceux présentant un TNC [12], notamment lors de l'admission, après une hospitalisation ou en cas de perte de poids. Le recours à des outils standardisés tels l'EAT-10 permettrait d'objectiver et de tracer la dysphagie dans le dossier de soins [2]. Par ailleurs, la prise en charge doit intégrer à la fois les dimensions nutritionnelles et hydriques (textures adaptées selon l'IDDSI, enrichissement, suivi hydrique), ainsi que les mesures de prévention de l'aspiration (positionnement à 30–45°, bolus adaptés, assistance formée, hygiène buccale, rééducation orthophonique) [4,11].

Dans les situations de TNC, les recommandations ESPEN 2024 insistent sur l'importance d'un environnement calme, de repères visuels et gestuels, et d'une surveillance rapprochée des apports [9].

6. Complications des troubles de déglutition :

Les troubles de la déglutition constituent une problématique clinique fréquente, en particulier chez les sujets âgés et/ou atteints de pathologies neurologiques. Ils entraînent non seulement une altération de la qualité de vie, mais également des complications médicales parfois sévères.

L'amaigrissement est une conséquence souvent observée. Il résulte de l'impossibilité de maintenir des apports nutritionnels suffisants, en raison des fausses routes, de la lenteur des repas, ou encore de l'anxiété liée à l'acte alimentaire. Cette dénutrition progressive favorise la fragilité, la sarcopénie et augmente le risque de morbidité.

L'altération de l'autonomie est une autre complication importante. L'acte de manger, habituellement associé au plaisir et au lien social, devient une activité contraignante nécessitant une assistance. La dépendance fonctionnelle qui s'installe peut mener à un isolement social, une perte d'estime de soi et une réduction significative de la qualité de vie.

La **pneumopathie d'inhalation** représente une complication redoutée et potentiellement grave. Elle survient par fausses routes chroniques ou répétées, avec passage de fragments alimentaires ou de liquides dans l'arbre respiratoire. Plusieurs études ont montré que ce risque est majoré chez les patients présentant une atteinte neurologique évolutive (AVC, maladie de Parkinson, démences). Ces épisodes infectieux entraînent une augmentation de la mortalité et des hospitalisations.

La phagophobie, observée dans certains cas, illustre l'impact psychologique de ces troubles. La peur d'avaler peut conduire à une éviction volontaire de l'alimentation, aggravant l'amaigrissement et la dénutrition. Elle traduit la dimension anxiogène de la déglutition lorsque celle-ci devient difficile ou dangereuse.

Enfin, la grabatisation, bien que rare, peut être la conséquence ultime d'un enchaînement de complications. L'affaiblissement progressif lié à la dénutrition, la répétition des infections respiratoires, et la perte d'autonomie peuvent conduire certains patients à une dépendance complète, alitée, avec un pronostic sombre.

Les résultats constatés soulignent donc l'importance d'un dépistage précoce, d'une évaluation pluridisciplinaire (orthophoniste, nutritionniste, kinésithérapeute, gériatre), et de la mise en place rapide de mesures compensatoires (adaptation des textures, rééducation, dispositifs d'assistance nutritionnelle). La prévention de ces complications doit être un objectif prioritaire afin de limiter leur impact sur la santé globale et la qualité de vie des patients.

Élément majeur ressortant de notre étude : le dépistage des troubles de la déglutition doit être systématiquement intégré dans le cadre des consultations de préadmission, ou dès l'arrivée des résidents en EHPAD. Cette évaluation initiale permet de détecter précocement les troubles oro-pharyngés, d'orienter la prise en charge, de mobiliser l'équipe soignante et de mettre en place un suivi adapté tout au long du séjour.

Le dépistage doit reposer sur des tests validés et individualisés, prenant en considération les comorbidités, les capacités cognitives, ainsi que les facteurs de risque propres à chaque patient.

Dans certains cas, les troubles de la déglutition sont identifiés au cours du séjour, notamment lors des prises alimentaires, grâce à l'observation clinique de signes évocateurs (toux, fausses routes, modification de la voix, perte de poids, etc.).

Malheureusement, le diagnostic est parfois posé de manière rétrospective, à l'occasion de complications déjà établies, telles que les pneumopathies d'inhalation, souvent révélées dans un contexte de détresse respiratoire inexpliquée.

L'observation quotidienne par les soignants de proximité, en particulier les aides-soignants, constitue un levier essentiel dans la détection précoce, la surveillance de l'évolution et la prévention des récurrences.

Dans ce cadre, la mise en œuvre de **mesures préventives individualisées** est indispensable. Celles-ci comprennent :

- L'adaptation des textures alimentaires (textures modifiées selon les recommandations de la grille IDDSI),
- La galénique des traitements médicamenteux,
- Les ajustements posturaux lors des repas,

Le tout en cohérence avec le profil clinique du résident et ses pathologies associées.

V. CONCLUSION :

L'étude menée sur la prévalence des troubles de la déglutition en Ehpad en fonction du GIR, du sexe et de l'âge, ainsi que l'analyse de leurs liens avec les comorbidités et leurs complications, met en évidence l'importance de ce problème de santé publique, particulièrement chez les sujets âgés et fragiles. Les résultats montrent que l'incidence de la dysphagie augmente significativement avec l'avancée en âge et la dépendance fonctionnelle, tandis que certaines comorbidités notamment neurologiques en aggravent la sévérité.

Les complications observées — pneumopathies d'inhalation, dénutrition, perte de poids, diminution de l'autonomie et grabatisation — soulignent la gravité de l'évolution lorsqu'une prise en charge précoce et adaptée n'est pas mise en place. Ces conséquences ne se limitent pas à l'état clinique des patients : elles impactent également leur qualité de vie, majorent les hospitalisations et augmentent la charge pour les aidants et le système de soins.

Ainsi, le dépistage systématique des troubles de la déglutition, leur évaluation multidimensionnelle et la mise en place d'interventions ciblées notamment les tests de dépistage qui doivent être réalisés de façon systématique apparaissent comme des priorités et devraient être réalisés dès l'entrée du résident en EHPAD et être intégrée aux pratiques et examens à l'admission. La prévention et la prise en charge pluridisciplinaire — associant médecins, orthophonistes, diététiciens, infirmiers et kinésithérapeutes — sont essentielles pour limiter la survenue des complications et préserver au maximum l'autonomie des personnes à risque.

Ce travail confirme donc que les troubles de la déglutition constituent un enjeu majeur en gériatrie, nécessitant une vigilance accrue et des stratégies adaptées, afin d'améliorer la survie et surtout la qualité de vie des patients concernés.

The conclusion :

The study conducted on the prevalence of swallowing disorders in nursing homes according to the level of dependency (GIR), sex, and age, as well as the analysis of their links with comorbidities and complications, highlights the importance of this public health issue, particularly among elderly and frail individuals. The results show that the incidence of dysphagia increases significantly with advancing age and functional dependency, while certain comorbidities—especially neurological ones—worsen its severity.

The complications observed—aspiration pneumonia, malnutrition, weight loss, reduced autonomy, and bedridden states—underline the severity of disease progression when early and appropriate management is not implemented. These consequences are not limited to the patients' clinical condition: they also affect their quality of life, increase hospitalizations, and raise the burden on caregivers and the healthcare system.

Thus, systematic screening for swallowing disorders, their multidimensional evaluation, and the implementation of targeted interventions—particularly screening tests that should be routinely carried out—emerge as priorities. Prevention and multidisciplinary management—involving physicians, speech and language therapists, dietitians, nurses, and physiotherapists—are essential to limit the occurrence of complications and preserve autonomy as much as possible in at-risk individuals.

This work therefore confirms that swallowing disorders represent a major issue in geriatrics, requiring heightened vigilance and tailored strategies, in order to improve survival and, above all, the quality of life of the patients concerned.

VI. BIBLIOGRAPHIE:

- [1] Rofes, L., Arreola, V., Almirall, J., Cabré, M., Campins, L., García-Peris, P., ... & Clavé, P. (2011). Diagnosis and management of oropharyngeal dysphagia and its nutritional and respiratory complications in the elderly. *Gastroenterology research and practice*, 2011(1), 818979.
- [2] Maillart, C., Gingras, M. P., Brin-Henry, F., Witko, A., Delage, H., Belanger, R., ... & Thordardottir, E. (2021, September). In French, DLD is TDL!. In 1st international developmental Language Disorder research conference (IDLDRC).
- [3] 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.
- [4] Seynhaeve, E., Gallouedec, V., Monti, L., Leboulanger, C., Trivin, F., & Tessier, C. (2023). Télé-hôpital de jour de déglutition du patient résidant en EHPAD. *Nutrition Clinique et Métabolisme*, 37(2), e47-e48.
- [5] Volkert, D., Beck, A. M., Cederholm, T., Cruz-Jentoft, A., Hooper, L., Kiesswetter, E., ... & Sanchez-Rodriguez, D. (2024). Guide pratique de la Société européenne de nutrition clinique: nutrition clinique et hydratation en gériatrie. *Gériatrie et Psychologie Neuropsychiatrie du Vieillessement*, 22(3), 273-315.
- [6] Dell'Aquila, G., Peladic, N. J., Nunziata, V., Fedecostante, M., Salvi, F., Carrieri, B., ... & Cherubini, A. (2022). Prevalence and management of dysphagia in nursing home residents in Europe and Israel: the SHELTER Project. *BMC geriatrics*, 22(1), 719
- [7] Roberts, H., Lambert, K., & Walton, K. (2024, March). The prevalence of dysphagia in individuals living in residential aged care facilities: A systematic review and meta-analysis. In *Healthcare* (Vol. 12, No. 6, p. 649).
- [8] Park YH, Han HR, Oh BM, Lee J, Park JA, Yu SJ, Chang H. Prevalence and associated factors of dysphagia in nursing home residents. *Geriatr Nurs*. 2013 May-Jun;34(3):212-7. doi: 10.1016/j.gerinurse.2013.02.014. Epub 2013 Mar 23. PMID: 23528180.
- [10] Nogueira, D., & Reis, E. (2013). Swallowing disorders in nursing home residents: how can the problem be explained?. *Clinical interventions in aging*, 221-227
- [11] Doan, T. N., Ho, W. C., Wang, L. H., Chang, F. C., Nhu, N. T., & Chou, L. W. (2022). Prevalence and methods for assessment of oropharyngeal dysphagia in older adults: a systematic review and meta-analysis. *Journal of Clinical Medicine*, 11(9), 2605.
- [12] Roberts, H., Lambert, K., & Walton, K. (2024, March). The prevalence of dysphagia in individuals living in residential aged care facilities: A systematic review and meta-analysis. In *Healthcare* (Vol. 12, No. 6, p. 649).
- [13] Langmore, S. E., Terpenning, M. S., Schork, A., Chen, Y., Murray, J. T., Lopatin, D., & Loesche, W. J. (1998). Predictors of aspiration pneumonia: how important is dysphagia?. *Dysphagia*, 13(2), 69-81.
- [14] Eghbal-Téhérani, S., & Makdessi, Y. (2011). Les estimations GIR dans les enquêtes Handicap-Santé 2008-2009. Document de travail, Série sources et méthodes, 26.
- [15] Rajati, F., Ahmadi, N., Naghibzadeh, Z. A. S., & Kazeminia, M. (2022). The global prevalence of oropharyngeal dysphagia in different populations: a systematic review and meta-analysis. *Journal of translational medicine*, 20(1), 175.
- [16] Makhnevich A, et al. Oropharyngeal dysphagia in hospitalized patients with Alzheimer's disease and related dementias. *J Am Med Dir Assoc (JAMDA)*. 2024;25(5):653–660.
- [17] Volkert, D., Beck, A. M., Faxén-Irving, G., Frühwald, T., Hooper, L., Keller, H., ... & Chourdakis, M. (2024). ESPEN guideline on nutrition and hydration in dementia Update 2024. *Clinical Nutrition*, 43(6), 1599-1626.
- [18] Sheikhan, A. R., Shohdi, S. S., Aziz, A. A., Abdelkader, O. A., & Abdel Hady, A. F. (2022). Screening of dysphagia in geriatrics. *BMC geriatrics*, 22(1), 981.

- [19] Manabe, T., Teramoto, S., Tamiya, N., Okochi, J., & Hizawa, N. (2015). Risk factors for aspiration pneumonia in older adults. *PloS one*, 10(10), e0140060.
- [20] Ellsworth, C. (2024). Swallowing on High Flow Nasal Cannula: An Examination of Pulmonary, Nutritional, Psychosocial, and Health Equity Factors (Doctoral dissertation, Northern Arizona University).
- [21] Delcus, C. (2014). Les troubles de la déglutition. *L'Aide-Soignante*, 28(161), 27-28
- [22] <https://www.nestlehealthscience.ca/fr/dysphagie/eat-10>
- [23] Puisieux, F., d'Andrea, C., Baconnier, P., Bui-Dinh, D., Castaings-Pelet, S., Crestani, B., ... & 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.

VII. ANNEXES:

Argenteuil le 25/06/25

Lettre d'information au CVS

Etude : Prévalence des troubles de la déglutition chez les sujets âgés en EHPAD

Madame, monsieur

Dans le cadre de notre mémoire, je vous informe qu'une étude de recherche clinique intitulée :
« **Prévalence des troubles de la déglutition chez les sujets âgés en EHPAD** » est envisagée au sein de votre établissement au niveau de l'USLD.

Cette recherche est promue par l'université de Paris cité et est encadrée par Mr SERGE REINGEWIRTZ professeur des universités (l'université Paris Cité).

Elle a pour **objectif principal** de définir le nombre de patients présentant des difficultés à la déglutition au sein de votre établissement. Et **dans un second temps** d'essayer de définir la fréquence des complications et d'engager une discussion sur les moyens de prévention.

On procédera à un recueil de données anonymes dans le respect des droits des patients et des bonnes pratiques cliniques .

Aucune intervention lourde ni expérimentale ne sera pratiquée et aucun médicament lié à la recherche ne sera administré. Elle n'a, donc, pas besoin d'autorisation du CPP ni de la CNIL.

Le conseil de la vie sociale joue un rôle essentiel dans le dialogue entre les familles, les résidents et l'équipe de direction. Votre information est importante pour garantir la transparence et le respect des valeurs éthiques de l'établissement.

Je reste bien entendu à votre disposition pour plus de détails ou pour répondre à toute question que vous souhaiteriez me poser.

Dans l'attente de votre retour je vous prie d'agréer madame, monsieur, l'expression de mes salutations distinguées.

Médecins intervenant au sein de votre établissement : Docteur Mounia BERBAR et SARA NASROU (gériatres en SMRG 1 et 3)

Merci

Cordialement

Annexe1 : Courrier d'invitation et explication du projet

EAT-10: Outil d'évaluation de la déglutition



NOM DE FAMILLE	PRÉNOM	SEXE	ÂGE	DATE
----------------	--------	------	-----	------

OBJECTIF :

EAT-10 aide à évaluer les difficultés de déglutition.
Nous vous recommandons de vous adresser à votre médecin pour tout traitement de vos symptômes.

A. INSTRUCTIONS :

Répondez à chaque question en indiquant le nombre de points dans les cases.
Dans quelle mesure rencontrez-vous les problèmes suivants ?

1 Mon problème de déglutition m'a fait perdre du poids.

0 = aucun problème
1
2
3
4 = de sérieux problèmes

6 Avaler est douloureux.

0 = aucun problème
1
2
3
4 = de sérieux problèmes

2 Mon problème de déglutition retentit sur ma capacité à prendre mes repas à l'extérieur.

0 = aucun problème
1
2
3
4 = de sérieux problèmes

7 Le plaisir de manger est affecté par mes problèmes de déglutition.

0 = aucun problème
1
2
3
4 = de sérieux problèmes

3 Avaler des liquides me demande un effort supplémentaire.

0 = aucun problème
1
2
3
4 = de sérieux problèmes

8 Lorsque j'avale, des aliments se bloquent dans ma gorge.

0 = aucun problème
1
2
3
4 = de sérieux problèmes

4 Avaler des aliments solides me demande un effort supplémentaire.

0 = aucun problème
1
2
3
4 = de sérieux problèmes

9 Je tousse quand je mange.

0 = aucun problème
1
2
3
4 = de sérieux problèmes

5 Avaler des comprimés me demande un effort supplémentaire.

0 = aucun problème
1
2
3
4 = de sérieux problèmes

10 Cela me stresse d'avaler.

0 = aucun problème
1
2
3
4 = de sérieux problèmes

B. SCORE :

Additionnez le nombre de points et indiquez votre score total dans les cases.

Score total (max. 40 points)

C. LA PROCHAINE ÉTAPE :

Si le score EAT-10 est supérieur ou égal à 3, il est possible que vous ayez des problèmes pour avaler efficacement et en toute sécurité. Nous vous recommandons d'en discuter avec votre médecin.

Référence : La validité et la fiabilité du EAT-10 ont été éprouvées.
Belafsky PC, Mouadeb DA, Rees CJ, Pryor JC, Postma GN, Allen J, Leonard RJ. Validity and Reliability of the Eating Assessment Tool (EAT-10). Annals of Otolaryngology & Laryngology 2008;117(12):919-924.